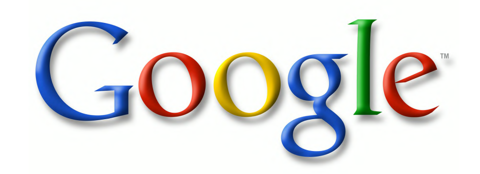


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

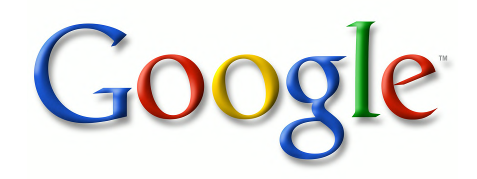
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

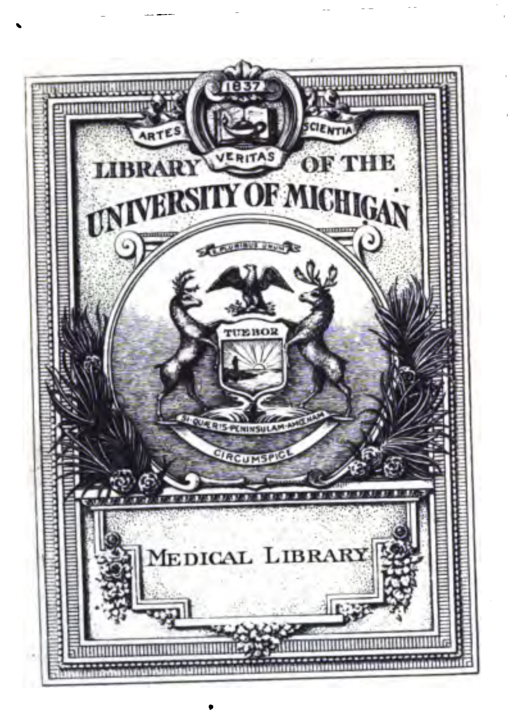
Nous vous demandons également de:

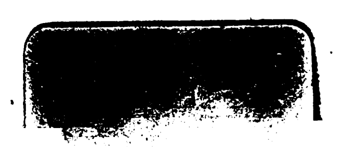
+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`




1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



610.5
R46
M515
1838
v.1

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

1838.— TOME I.

COLLABORATEURS.

MM.

Amussat, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine.

Bayle, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Bell, D. M. P., ancien Interne des hôpitaux et vice-président de la Société anatomique de Paris.

Blaud, D. M. P., Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire (Gard).

Chauvin, D. M. P. à Sion (Loire-Inférieure).

Corby, D. M. P., ancien Chef de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Cruveilhier, Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

Delens, D. M. P., ancien Inspecteur général des études, membre de l'Académie royale de médec.

Dugès, Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Esquirol, Médecin en chef de Charenton, membre de l'Académ. royale de médecine.

Ferrand de Missol, D. M. P.

Gibert, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine, et Médecin des hôpitaux de Paris.

Lagasquie, D. M. P., membre de la commission médicale d'Égypte en 1828, 29 et 30.

Martinet, D. M. P., Agrégé libre de la Faculté de médec. de Strasbourg.

MM.

Martins, D. M. P., ancien Aide-naturaliste de la Faculté de médecine de Paris.

Nonat (Auguste), Médecin du bureau central des hôpitaux, membre de la Société de médecine de Paris.

Prus, Médecin de l'hospice de Bicêtre, secrétaire-général de la Société de médecine de Paris.

Récamier, ancien Professeur de Clinique médicale de la Faculté, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Reveillé-Parise, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine.

Ribes père, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine, Médecin de l'hôtel des Invalides.

Risueno d'Amador, Professeur à la Fac. de médec. de Montpellier.

Rozier, D. M. P., membre du Jury médical et Médecin en chef de l'Hôp.-Gén. de Rhodez (Aveyron).

Velpeau, Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Vergez, D. M. P. à Châteaubriant (Loire-Inférieure).

Virey, membre de l'Acad. royale de médecine.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA

MÉDECINE HIPPOCRATIQUE,

PAR J. B. CAYOL,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien Professeur de Clinique médicale
de la Faculté à l'hôpital de la Charité de Paris,
Médecin consultant de l'Institution royale des Jeunes-Aveugles
et de l'Infirmerie Marie-Thérèse, Membre de la Société de médecine pratique
de Montpellier, de la Société royale et de la Société académique de médecine
de Marseille, de l'Académie des sciences médicales de Palerme, etc.

1838.— Tome Premier.

PARIS,

AU BUREAU DE LA REVUE MÉDICALE,

RUE SERVANDONI, 17, HOTEL DE LA MAIRIE.

—

1838.

PARIS, IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON,
36, Rue de Vaugirard.

REVUE MÉDICALE

Med-Fee
Gottschalk
9-19-27
15372

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE.

(***Janvier 1838.***)

PRÉFACE DE 1838.

A peine âgée de dix-huit ans, la *Revue médicale* est déjà, ce nous semble, le plus ancien des recueils périodiques de médecine qui existent en France. Jeune encore, elle a vu naître et mourir bon nombre de ses émules, qui s'étaient promis sans doute un long et brillant avenir, lorsqu'ils annonçaient au public monts et merveilles dans de magnifiques *prospectus* ! Loin de nous la pensée de remuer les cendres des morts : nous ne voulons pas même nommer ici ces fiers champions de la presse médicale périodique, avec lesquels nous avons rompu plus d'une lance dans notre polémique médico-philosophique, et qui ont sitôt, hélas ! disparu de la lice ; tant les vies intellectuelles sont courtes, rapides et éphémères, dans ce siècle de progrès et de lumières ! *Paix aux tombeaux* sera toujours notre devise.

Mais, s'il est de fait que tous les efforts diversement combinés du charlatanisme scientifique, de l'industrie

mercantile, de l'esprit de camaraderie, voire même d'un certain patronage officiel, n'ont pu soutenir tant d'entreprises rivales, qui sont, ou tout-à-fait tombées, ou notoirement défaillantes, tandis qu'on voit depuis si long-temps la *Revue médicale* se soutenir honorablement par ses propres forces; elle qui n'est, on le sait, ni industrielle, ni mercantile, ni dévouée aux puissances du jour, elle qui ne sacrifia jamais à la popularité, ne faut-il pas en conclure qu'il y a dans son esprit et ses doctrines un principe de vie assez énergique? Et ne semble-t-il pas qu'à l'exemple de ce philosophe qui MARCHAIT pour démontrer le mouvement, la *Revue médicale* VIT et se porte bien pour démontrer le vitalisme qu'elle professe?

Lorsque, les premiers dans l'école moderne, nous proclamions, il y a une dizaine d'années, que la médecine avait fait fausse route depuis la fin du siècle dernier, que le problème médical n'était plus compris, et qu'il ne s'agissait de rien moins, pour reconstituer la science, que de changer le point de vue d'observation, ce langage dut paraître fort étrange à la nouvelle génération médicale, qui se croyait solidement établie sur le terrain de l'*anatomisme*. Mais la jeunesse studieuse, à laquelle nous nous adressions particulièrement, n'a jamais de préjugés enracinés; elle ne sait pas résister à l'évidence, parce qu'elle ne connaît pas encore d'intérêt au-dessus de la vérité. Dès qu'elle eut compris que les principes de la médecine antique, tels que nous les formulons aujourd'hui, se concilient fort bien avec toutes les découvertes modernes, et qu'ils peuvent seuls féconder ces découvertes, les préventions s'évanouirent, et notre vitalisme hippocratique compta

chaque jour de nouveaux prosélytes parmi les élèves les plus distingués de la Faculté.

C'est alors que les *Doctrinaires* de la médecine, ainsi nommés parce qu'ils n'ont pas de doctrine et qu'ils ont cependant la prétention de *doctriner*, commençant à s'inquiéter de nos progrès, profitèrent des circonstances politiques pour nous faire fermer la porte de l'enseignement public, et prirent ensuite *mathématiquement* leurs mesures pour qu'elle ne nous fût pas rouverte (1).

Peu d'années se sont écoulées, et déjà ces mêmes hommes, qui affectaient de ne pas nous comprendre, et qui, pour donner le change à leurs adeptes, nous signalaient comme des *obscurants* ou des retardataires, sont poussés de plus en plus vers nos doctrines par un mouvement progressif des esprits qu'ils s'efforcent en vain de contenir ou de diriger, mouvement dont la *Revue médicale* fut le point de départ, et dont elle veut toujours, et plus que jamais, être le point de convergence, suivant la mission qui lui est dévolue comme *Journal des progrès de la médecine hippocratique*.

Il est vraiment curieux, aujourd'hui, d'observer dans les discours, dans les leçons de la Faculté, dans les écrits et surtout dans les préfaces, tous les artifices de langage qui sont employés pour déguiser les palinodies. La conversion au vitalisme hippocratique n'est plus, à vrai dire, qu'une affaire d'amour-propre; il ne s'agit plus que de trouver quelque moyen d'y arriver

(1) Coup-d'œil historique et critique sur le concours de clinique médicale ouvert devant la Faculté de médecine de Paris; broch. in-8°. Paris, 1833.— Et *Revue médicale*, tome 2 de 1833, p. 155.

sans passer par nos formules; et c'est de quoi s'occupent sans relâche les fortes têtes de la coterie : *hoc opus, hic labor est.* Il en est à peu près de ceci comme du premier projet de conversion des rentes en 1825 : les meneurs de l'opposition déclamaient avec fureur contre cette grande mesure financière, sachant bien, dans leur conscience, qu'elle était bonne, ou plutôt ils la repoussaient parce qu'elle était *trop bonne*, et qu'ils espéraient plus tard s'en faire honneur en la présentant eux-mêmes sous quelque autre forme. Telle est la bonne foi de l'esprit de parti, en médecine comme en politique.

Nous n'avons pas à faire ici une nouvelle exposition des doctrines de la *Revue médicale* : ces doctrines sont assez connues. On peut en voir un tableau fidèle dans l'*Esquisse historique et philosophique sur les dernières déviations de la médecine, et sur le retour de cette science à ses véritables principes*, qui sert d'Introduction à notre *Clinique médicale* (1). Elles sont résumées sous un autre aspect dans le Discours préliminaire du tome premier de l'année 1834 de la *Revue*.

Mais, au reste, on en trouvera désormais les développements, les applications et les corollaires pratiques, dans chaque livraison, et, pour ainsi dire, à chaque page de ce recueil. Une nouvelle ère va commencer pour la *Revue médicale*. Ce n'est pas, certes, qu'il y ait quelque chose à répudier ou à désavouer dans son passé, qui lui a valu tant d'honorables suffrages; nous voulons, au contraire, cultiver avec un nouveau soin, développer de plus en plus et faire fructifier dans l'avenir les germes féconds qui ont été

(1) Un volume in-8°, Paris, 1833.

déposés dans ce passé. Les principes de la réforme hippocratique ou vitaliste une fois posés et bien affermis par plusieurs années de controverse, il est temps d'en faire sortir les conséquences, et de rendre évidente pour tous leur utilité pratique, en ramenant à ce point de vue, dans nos analyses mensuelles, tout le mouvement intellectuel de la presse médicale. Facultés, Hôpitaux, Académies, Sociétés médicales de Paris et des départements, Journaux de médecine français et étrangers, tout sera mis à contribution. Aucun fait nouveau ou intéressant sous quelque rapport, soit anatomique, soit pathologique, soit thérapeutique, ne sera passé sous silence. Toute découverte, toute expérience nouvelle, en médecine ou en chirurgie, quelle que soit son importance et de quelque part qu'elle vienne, sera appréciée à sa juste valeur.

Indépendamment de ce travail régulier de revue analytique et critique, qui comprend aussi les analyses d'ouvrages, et qui occupe plus ou moins de place, selon que l'activité de la presse lui fournit plus ou moins d'aliments, des mémoires originaux sur divers sujets de philosophie médicale, de médecine pratique et de chirurgie, font toujours une partie considérable de notre recueil. Sans remonter trop loin dans le passé, nous pouvons rappeler, entre autres publications remarquables des deux années dernières, le travail si consciencieux et si hippocratique des docteurs Verger et Chauvin, sur l'épidémie dysentérique qui a régné en Bretagne; l'*Introduction à la thérapeutique naturelle*, par le docteur Lagasquie; les recherches du docteur Jolly *sur la volonté*, considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique; le mémoire du docteur Blaud sur la puissance

vitale, considérée dans ses lois pathologiques ; celui du docteur Nonat sur la métro-péritonite simple et compliquée ; ceux du docteur Mondière sur la rupture du vagin et de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement; celui du docteur Petit sur un nouveau mode d'application du caustique aux rétrécissements de l'urètre; les Tableaux statistiques de M. Girou de Buzareingues sur les rapports des sexes dans les naissances; enfin les *Remarques pratiques* du docteur Gibert sur les ulcérations du col de la matrice, et sur l'abus du *speculum uteri* dans le traitement de cette maladie, avec figures coloriées d'après nature par M. Durand-Fardel, interne des hôpitaux de Paris. Quelques-uns de ces travaux peuvent, à raison de leur étendue, être considérés comme des traités *ex professo*, ou de véritables monographies, que tout médecin praticien sera satisfait d'avoir dans sa bibliothèque, pour les consulter au besoin.

Bien que nous n'ayons à répondre que du choix des mémoires originaux, et que les auteurs qui les signent soient naturellement responsables des faits et des opinions qu'ils renferment, nous ne saurions accepter un rôle tout-à-fait passif dans ces publications. Nous désirons que toutes les opinions, toutes les doctrines médicales, se produisent avec une entière liberté dans la *Revue*, pourvu toutefois qu'elles se rattachent à des faits ou à des résultats pratiques d'un intérêt réel; mais nous ne laisserons jamais passer un fait ou une opinion qui implique contradiction avec nos doctrines, sans y attacher une note critique. A côté de l'expression de l'*anatomo-pathologisme* ou du *physiologisme*, ou du soi-disant *éclectisme*, nous placerons toujours l'expression du vitalisme hippo-

cratique, afin que le lecteur soit toujours à même de se prononcer entre nos doctrines et les systèmes que nous combattons. Ces annotations courtes et topiques, en nous épargnant de longues dissertations, qui seraient moins lues et se graveraient moins facilement dans l'esprit, auront, de plus, l'avantage d'une grande économie de temps, de ce temps si court et si précieux pour nous, comme pour les médecins qui nous lisent : *Ars longa, vita brevis.*

C'est ainsi que nous voulons concilier, dans notre recueil, une immense variété dans les faits et les opinions avec une homogénéité parfaite de doctrine; c'est par là que la *Revue médicale* se distinguera de plus en plus de ces compilations indigestes de faits, d'observations détachées, de recherches sans objet, de raisonnements sans conclusions, et d'opinions incohérentes, qui fatiguent la mémoire sans aucun profit pour l'intelligence.

Depuis que nous marchons vers ce but, une longue expérience nous a démontré, ainsi qu'à nos honorables collaborateurs, l'impossibilité de l'atteindre pleinement et d'une manière tout-à-fait satisfaisante, si l'on ne parvenait à s'affranchir des inconvénients inséparables d'une direction partagée par trimestre entre quatre personnes, qui sont unies, il est vrai, de sentiments et de doctrine, mais qui ne peuvent, en raison de leur état et de leurs occupations multipliées, avoir des communications fréquentes et régulières.

En conséquence, et par suite d'arrangements faits d'un commun accord, nous restons seul propriétaire et directeur de la *Revue médicale*. MM. les docteurs Bayle, Gibert et Martinet, en abandonnant leur part de propriété et de direction, ne cesseront point, pour

cela, de coopérer activement avec nous au succès d'une entreprise qui fut en partie leur ouvrage, et qui s'honorera toujours de leurs noms, comme de leur collaboration.

Ainsi se trouveront remplies, nous l'espérons, du moins, deux conditions fondamentales de succès pour toute œuvre intellectuelle : division dans le travail, et unité dans la direction.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DISCOURS

SUR LES DIATHÈSES MORBIDES QUI ONT SUCCESSIVEMENT AFFECTÉ LES PEUPLES DE L'EUROPE,

Prononcé par le professeur J.-F.-K. HECKER, le 2 août 1837,

Quarante-troisième anniversaire de la fondation de l'École royale de chirurgie militaire à Berlin.

(*Traduit de l'allemand par M.* MARTINS, D.-M.-P.) (1).

Parmi tous les sentiments dont notre âme doit être remplie en ce jour solemnel, le plus consolant, sans con-

(1) Ce discours, récemment prononcé par l'un des plus célèbres médecins des états prussiens, n'est pas susceptible d'analyse, et nous a paru digne sous plusieurs rapports de figurer en entier dans la *Revue*. Il peut donner une idée de la philosophie médicale élevée mais un peu nébuleuse des universités d'Allemagne, qui d'ailleurs s'allie fort bien avec le vitalisme hippocratique. Il renferme de plus quelques vues ingénieuses et profondes sur la pathogénie des diathèses, qui seront appréciées des médecins praticiens. (N. R.)

tredit, est de penser que notre science a la noble mission de fermer les blessures et de guérir les maladies des défenseurs de la patrie. Appelé à l'honneur d'être l'interprète de ces sentiments, je me vois irrésistiblement amené à rappeler un passé glorieux pour les sciences médicales, et à émettre quelques idées sur leur avenir, qui peut être puissamment influencé par les idées et les travaux de nos contemporains.

De tous les problèmes que le médecin peut se proposer de résoudre par la méthode synthétique, il n'en est point de plus élevé et de plus important que de chercher à connaître les connexions secrètes qui unissent entre eux les phénomènes de l'organisme. Cette étude répond à l'un des besoins les plus pressants de l'esprit humain, et dans chaque siècle, elle a plus ou moins occupé tous les médecins philosophes. On ne saurait toutefois se dissimuler combien elle est difficile; car elle nécessite à la fois la connaissance intime des faits et la juste appréciation de leurs rapports réciproques. Considérée sous ce point de vue, la médecine présente deux grandes questions également importantes à résoudre : l'influence du climat sur la forme des maladies, et leurs modifications successives dans la série des siècles. L'une constitue la géographie médicale, dont l'horizon s'étend tous les jours de plus en plus ; l'autre est la base de la pathologie historique qui, en suivant le développement des maladies à travers la série des temps, fait connaître les influences cachées ou préexistantes qui déterminent la nature des phénomènes que nous avons sous les yeux.

Dans un des précédents anniversaires, j'ai eu l'honneur d'appeler votre attention sur les constitutions générales

qui se manifestent si évidemment dans les maladies endémiques, qu'il est impossible de nier l'existence des périodes pathologiques, différant sensiblement les unes des autres. Je n'ai parlé que des maladies aiguës qui s'emparent des peuples sous la forme d'accès courts, mais violents; une série continue de ces accès constitue ce que nous appelons des épidémies, et comme elles nous présentent une foule de caractères communs, il est impossible de ne pas attribuer ces grands désordres morbides à un principe unique. Resserré dans les limites d'un discours d'ouverture, je n'ai pu aborder cette série de maladies chroniques sans fièvre, qui, en attaquant la force plastique de l'organisme, empoisonnent les sources de la vie. Parmi elles, on distingue surtout la goutte, la lèpre d'Orient, le scorbut, la syphilis et les scrofules. Toutes les autres viennent se ranger sous l'un de ces chefs, et ne méritent point l'attention de l'historien.

Les peuples de l'Europe ont souffert et souffrent encore de ces maux; jamais cependant ils ne sont venus fondre sur eux tous à la fois, et leur succession présente des traits bien remarquables. Les peuples de l'antiquité en ont été exempts à très-peu de chose près; je ne veux point dire par là qu'ils ne se présentassent pas quelquefois à un état pour ainsi dire rudimentaire; mais la goutte seule était assez généralement répandue, et il est dans la nature de cette maladie de ne pas dépasser certaines bornes, circonstance qui rend ce fléau moins universel que les autres. On trouve des preuves de l'existence de la goutte dans les siècles les plus reculés. Des malades célèbres, parmi lesquels nous remarquerons le premier des Ptolémées,

qui a si puissamment contribué aux progrès de l'art de guérir, firent un appel au zèle des médecins pour porter leur attention vers l'étude des maladies chroniques alors encore dans l'enfance. On peut admettre aussi que la maladie calculeuse, déjà si commune au temps d'Hippocrate, n'avait d'autre principe que la goutte.

Cependant le mal augmentait sans cesse, et de même que depuis on a regardé l'Angleterre comme le foyer de la suette anglaise, de même dans l'antiquité on considérait l'Égypte comme le pays où la goutte régnait le plus universellement. Les écrivains du temps ont peint avec de sombres couleurs les symptômes de ce mal redouté, qui se transmettait héréditairement et attaquait des familles tout entières. L'inflammation aiguë de toutes les articulations à la fois était un phénomène aussi commun que l'atrophie, les ankyloses et les difformités incurables qui lui succédaient. La diversité et la singularité des moyens employés pour guérir cette maladie, et les plaisanteries des poètes satiriques qui cherchaient à faire rire les malades de leurs propres maux, sont une nouvelle preuve de son incurabilité. Les médecins imaginaient les formules les plus compliquées, et les malades se décidaient à prendre les mélanges les plus désagréables; le traitement durait non une semaine ou un mois, mais des années entières. Alexandre, le médecin le plus éclairé du sixième siècle, imposait à ses malades un traitement qu'il fallait suivre pendant deux ans; après avoir pris le médicament, ils restaient sans manger pendant cinq heures; certes le mal était grand, puisque les malades avaient la patience de se soumettre à un semblable régime. Il serait difficile de fixer d'une manière précise l'époque du commencement

et de la fin de cette épidémie; mais il est très-probable qu'elle commença deux siècles avant la naissance de Jésus-Christ, et qu'elle continua six cents ans après, ce qui porte sa durée totale à huit siècles.

Plusieurs épidémies lui succédèrent; mais la lèpre d'Orient l'emporta bientôt sur toutes les autres; elle fut apportée en Italie après la conquête du royaume de Pont; mais bientôt elle disparut, et ce n'est que pendant le second siècle de l'ère chrétienne qu'elle prit racine en Europe d'une manière définitive. Depuis ce temps, ses progrès allèrent toujours en croissant, et bientôt elle n'épargna ni les palais ni les chaumières. La langue la plus éloquente serait inhabile à peindre le malheur des lépreux. Séparés de la société, méconnus de leurs plus proches parents, souvent dévoués à l'exil, ils imploraient, quand la voix leur était restée, la pitié des passants par des chants lamentables. Nul n'était à l'abri de cette contagion, et les lois, semblables à certaines ordonnances mosaïques, avaient prononcé la séquestration des lépreux de la société; déjà les Romains les avaient mises en vigueur, mais elles ne tombèrent en désuétude qu'à l'époque où les médecins firent sentir leur barbarie et leur inutilité. Dès le huitième siècle, il existait dans toute l'Europe de vastes léproseries, et lorsque la législation fut fixée sur ce sujet, elle déclara les lépreux morts civilement. En vain la médecine du moyen âge appelait à son secours les souvenirs de la science hippocratique; en vain le dévouement du christianisme mit tout en œuvre pour combattre un mal pire que la mort; il augmentait de siècle en siècle, s'aggrava pendant les croisades, et répandit une sombre terreur dans les esprits. La France seule comptait dans le treizième

siècle 2000 léproseries, et l'Europe entière en possédait 18,000, contenant 200,000 malades, qui y mouraient sans secours. Ajoutez à cela les pestes meurtrières, et vous comprendrez pourquoi les peuples se développèrent si peu pendant le moyen-âge, quoique leurs progrès dans les sciences et les arts fussent très-remarquables. Cependant, on a à gémir sur quelques actes isolés d'une barbarie inconcevable. Ainsi Philippe-le-Bel accusa les lépreux d'avoir empoisonné les fontaines, leur arracha des aveux à force de tortures, et fit périr par le feu tous ceux de ces infortunés dont il put s'emparer. Le mal diminua sans raison appréciable dans le quatorzième siècle, et cessa vers la fin du quinzième, après avoir duré près de huit cents ans. Il avait débuté sous forme épidémique au commencement du septième siècle, et il régna dans le sud de l'Europe parmi les peuples autochtones et ceux qui s'étaient mêlés à eux.

L'apparition de la lèpre est un fait important, qui coïncide avec tous les événements et les bouleversements politiques qui séparent le moyen-âge des temps modernes. L'humanité se renouvela non-seulement sous le rapport moral, mais encore sous le point de vue physique ; mais la transition fut insensible et se fit par des maladies moins graves. Le scorbut remplaça la lèpre, et sa marche épidémique est un exemple frappant des métamorphoses de la constitution générale. Les Allemands surtout furent frappés à l'aspect de ce symptôme qu'ils n'avaient jamais vu ; ils en parlèrent comme d'un fait capital, et son apparition coïncida avec celle de la suette anglaise dans l'armée de Henri VII en 1486. Dans le même temps, le typhus régnait dans l'Europe méridionale, et peu d'années

après, les ravages de la syphilis remplirent l'Europe de terreur.

A partir de cette époque, le scorbut devint une dyscrasie dominante qui compliquait toutes les autres affections, et il suffisait des excitants ordinaires joints à des circonstances extérieures fâcheuses pour le faire éclater épidémiquement avec une force inouie. Sans parler de sa fréquence parmi les navigateurs, il exerçait des ravages parmi les grandes armées de mercenaires, et fut jusque dans le 18e siècle une des maladies les plus redoutées dans les camps et les villes assiégées. Maintenant ses dernières traces ont disparu, et il n'existe plus que dans quelques parties éloignées de l'Orient. Deux maladies caractérisent spécialement la dyscrasie générale des peuples pendant cette période de trois cents ans, c'est le scorbut parmi les affections chroniques, le typhus pétéchial parmi les affections aiguës. Depuis 1480, elles se sont reproduites sous mille formes et dans un grand nombre d'épidémies. Le scorbut, qui tient de si près aux fonctions du sang, est surtout remarquable en ce qu'il est le dernier degré d'un état morbide qui sévit sur un grand nombre d'individus bien portants en apparence, complique d'autres affections, et entraîne après lui une série de maux interminables en s'alliant à toutes les dyscrasies. C'est une alliance de ce genre qui a engendré la syphilis à la fin du quinzième siècle. Elle fut un nouveau sujet de terreur pour l'Europe et un problème insoluble pour les médecins. Des hommes à idées étroites se sont épuisés vainement à découvrir l'origine de cette maladie qu'ils n'ont jamais considérée sous son véritable point de vue. Les uns la faisaient venir du Nouveau-Monde, les autres

croyaient qu'elle avait été rapportée d'Italie par les armées de Charles VIII. Toutes ces hypothèses, soutenues à grand renfort d'érudition, sont également inexactes. On aurait pu tout aussi bien dériver la maladie d'Angleterre, d'Allemagne ou d'Egypte ; car ses formes primitives existaient partout de mémoire d'homme, et les symptômes nouveaux qu'elle présenta en 1495 ne sont dus qu'à sa complication avec la diathèse scorbutique, putride ou veineuse, comme on voudra l'appeler. Les dénominations importent peu, les phénomènes étant clairs, évidents et incontestables. C'est donc une maladie ancienne qui devient pire par l'addition d'un élément nouveau; et si nous suivons ses développements dans les siècles subséquents, il se trouve qu'elle est surtout redoutable quand elle se complique de scorbut, c'est-à-dire lorsqu'elle se montre avec toutes ses conséquences, le scorbut et le typhus pétéchial. Depuis un demi-siècle, la diathèse scorbutique ayant complètement cessé, la syphilis se trouve ramenée à ses conditions premières, et il ne faut pas que les médecins s'imaginent que ce sont leurs remèdes qui ont produit ce résultat. En agissant empiriquement et sans se rendre compte de ce qu'ils voulaient faire, ils ont suivi des indications de la nature qui tendait à revenir au type primitif.

La diathèse qui survint ensuite exerce ses ravages dans notre siècle, et les exercera encore long-temps suivant toutes les apparences ; c'est la diathèse scrofuleuse : moins terrible en apparence, elle est non moins répandue et plus destructive encore que le scorbut. Une longue habitude n'a pas permis de lui faire une part exacte dans les tables de mortalité ; mais si l'on songe que la dyscra-

sie tuberculeuse n'est qu'une variété du scrofule, qui, jointe à la phthisie qu'elle engendre, flétrit les générations à la fleur de l'âge, on conviendra qu'il est peu de maladies aussi dignes de fixer la sollicitude des gouvernements. Son développement remonte au commencement du dix-septième siècle, pendant lequel le mal de Pott, une des formes les plus terribles du scrofule, en ce qu'elle décompose le tissu osseux, commença à se montrer çà et là dans les comtés de Dorset et de Sommerset, et se répandit ensuite dans toute l'Angleterre et tout le nord de l'Europe. Ses progrès furent très-rapides, parce qu'ils étaient favorisés par des coutumes vicieuses dans l'éducation des enfants, et l'ignorance des lois les plus simples de l'hygiène. Toutes les villes étaient encore entourées de hautes murailles et de fossés profonds. Les miasmes qui s'en exhalaient se répandaient jusque dans les maisons; partout la population était entassée dans des rues sombres et étroites, privées d'air et de lumière. Favorisé par toutes ces circonstances, le mal prit racine, et se transmit de génération en génération dans certaines localités où le nombre considérable d'individus rachitiques et contrefaits témoigne encore de son existence.

Tel est l'ensemble des faits historiques considérés en général; ils nous font voir une succession non interrompue de diathèses différentes, sans nous dévoiler la cause qui a produit ces modifications profondes de la santé des nations européennes. Et cependant qui pourrait les attribuer à un hasard aveugle, à un caprice inexplicable de la nature ! Il est facile d'accumuler une foule de preuves négatives qui tendent toutes à démontrer que les influences appréciables à nos sens ne sauraient rendre

compte de ces métamorphoses. Il serait toutefois peu logique de ne pas les soumettre à un examen détaillé. La fréquence de la goutte chez les peuples de l'antiquité s'explique par leur intempérance et leur usage immodéré de bains chauds. La sobriété des orientaux de nos jours nous explique pourquoi ils en sont exempts. Cependant le règne de cette maladie n'a pas été borné aux siècles de l'antiquité célèbres par le relâchement universel des mœurs; et avant que celles-ci ne fussent améliorées, on vit surgir des diathèses différentes. La contagion, qui n'est jamais qu'une condition très-secondaire de transmission, ne peut être admise que pour la lèpre d'Orient; et cependant nous avons vu cette maladie rester dans des limites assez bornées, quoique rien ne s'opposât à ses envahissements, tandis qu'elle cessa au milieu des circonstances qui semblaient avoir favorisé son développement. La contagion ne saurait avoir aucune influence sur la modification des phénomènes de la syphilis; il en est de même de quelques autres modificateurs moins importants; et nous devons reconnaître ici l'action de causes plus obscures mais plus puissantes qui soumettent l'organisme humain à telle ou telle diathèse plutôt qu'à telle autre.

Découvrir les causes qui l'ont fait naître est un problème dont la solution offre les mêmes difficultés que celles qui se présentent à résoudre pour chaque épidémie en particulier. Elles sont nombreuses sans doute comme toutes celles qui touchent aux phénomènes intimes de la vie; mais par cela même elles méritent d'exercer toute la sagacité du médecin vitaliste. Avant tout il faut étudier les faits avec un esprit dégagé de toute idée systémati-

que ou préconçue, et chercher à reconnaître le trait caractéristique de chaque maladie. Une fois familiarisé avec elle, on pourra passer à l'examen de ces phénomènes accessoires connus sous le nom de constitution, opportunité, disposition, qui précèdent les formes des différentes diathèses dont nous avons parlé, et se traduisent dans leurs manifestations les moins évidentes. Cette étude jettera du jour sur le diagnostic des maladies elles-mêmes; car on trouve dans ces états morbides ébauchés bien des symptômes qui rappellent ceux des maladies arrivées à tout leur développement; et la méthode des naturalistes, qui consiste à suivre un être depuis son origine jusqu'à son développement le plus parfait, ne saurait être trop tôt introduite dans la pathologie. Les progrès ultérieurs de cette science feront revenir de ces distinctions morphologiques que l'on fait actuellement avec tant d'assurance au lit des malades. Elles mènent directement ou indirectement à l'empirisme, qui ne considère jamais les faits particuliers dans leurs rapports avec l'ensemble, redoute les généralisations, et ne voit dans l'étude de la médecine que ses résultats d'application immédiate. En agissant ainsi, on s'éloigne de plus en plus de la route qui conduit à la connaissance des causes primitives et à celle des moyens propres à combattre les phénomènes secondaires. Cette méthode doit diriger dans l'étude de chacune des branches de l'histoire naturelle; et si nous jetons les yeux autour de nous, nous verrons que ce sont celles où elle règne depuis long-temps qui ont donné les plus beaux résultats; car les applications viennent d'elles-mêmes dès qu'on a une profonde intelligence du sujet que l'on traite. Il n'est pas au pou-

voir du médecin de résoudre les grands problèmes de la vie; mais il peut dire où ils commencent, et, en se tenant dans les limites de ce qu'on peut comprendre, il trouve assez de sujets d'étude pour que sa vie soit féconde en résultats utiles pour la science. L'empirisme, au contraire, ne saurait expliquer les faits qu'il ne comprend pas, et ne mène qu'à l'impossible et à l'absurde. Aurait-il mille ans d'existence, l'empirique ne posséderait qu'une expérience avortée, qui ne saurait faire avancer d'un seul pas la science de la vie.

Cette maxime d'Hippocrate qui prescrit au médecin d'embrasser également les faits particuliers et les théories générales n'est rien autre chose que la méthode synthétique; elle seule fait découvrir l'unité dans la variété; elle seule a immortalisé les grands hommes qui ont honoré notre profession, et sans elle il n'y a ni savoir véritable, ni intelligence profonde des phénomènes de la nature.

Frappé de ces difficultés, j'en cherchai d'abord la solution dans les auteurs ; mais, peu satisfait de ce que je trouvai dans les livres qui renferment en général beaucoup plus d'opinions que de faits, je pris le parti de recourir à l'observation directe.

Je réunis donc quarante observations que j'avais recueillies dans le service de M. Biett, pendant les deux années que j'eus l'avantage de passer comme interne dans son service à l'hôpital Saint-Louis. A ces observations j'en joignis quatre qui avaient été recueillies dans les mêmes salles par mon collègue et ami M. Legendre ; puis seize prises au hasard dans les auteurs, mais qui renfermaient le genre de détails nécessaire à la composition de mon travail (1).

Beaucoup de lecteurs se récrieront peut-être sur le petit nombre de mes observations, et mettront en doute la solidité des conséquences que je prétends en tirer. On m'objectera que les autres auteurs parlent de faits qu'ils ont observés par centaines, et que néanmoins leurs opinions se contredisent, etc., etc..... Je répondrai que, moins riche de faits, j'espère arriver à des résultats plus solides, sans nier toutefois qu'il serait infiniment préférable d'analyser cent ou deux cents observations au lieu de soixante. Ce qui me rassure, c'est que l'expérience a prouvé que les conséquences déduites rigoureusement d'un petit nombre de cas conduisent aux mêmes lois que celles qui découlent d'une très-grande masse de faits. En-

(1) Sur ces seize observations, deux sont empruntées à Jean Hunter, six à M. Rayer, cinq à M. Humbert, et les trois autres à MM. Albert, Cazenave et Gibert. On trouvera à la fin, et par ordre alphabétique, l'indication des auteurs cités dans ce mémoire.

atteint. Si l'art parvient à le soustraire à la mort, les ravages de la maladie, dont la face est presque toujours le siége, en font un objet d'horreur pour ses semblables et l'exilent d'un monde qui le repousse. Et cependant, quelle que soit la sévérité des principes de morale qu'on professe, on avouera qu'il est cruel d'expier dans l'âge mûr ou au déclin de la vie une imprudence commise le plus souvent au sortir de l'enfance. S'il existe des syphilides qui résistent à tous les moyens que l'art peut mettre en usage, il en est beaucoup aussi qui ne deviennent si graves que parce que leur véritable nature a été méconnue par les médecins les plus instruits. Ces erreurs de diagnostic proviennent, je crois, de quatre causes différentes qu'il est important de signaler.

1° On ignore généralement quels sont les signes caractéristiques qui distinguent ces affections de toutes les autres maladies de la peau.

2° L'attention des praticiens n'a pas été suffisamment attirée sur ce fait incontestable, qu'il peut exister un intervalle de temps très-considérable entre les symptômes primitifs de la syphilis et les affections cutanées secondaires.

3° On s'est fait des idées préconçues et nullement fondées en fait sur la gravité ou l'innocuité de certains symptômes primitifs, tels que la blennorrhagie ou les chancres, sur l'efficacité ou l'inefficacité du mercure pour prévenir ou déterminer les récidives.

4° On n'a pas suffisamment apprécié l'influence de causes occasionnelles, de la constitution, de la saison, des maladies antérieures, sur la production des affections cutanées vénériennes.

tre en contradiction avec eux-mêmes. Je ne puis d'ailleurs m'empêcher de trouver singulier que certaines gens rejettent en médecine la vérité de témoignage, tandis que tous les jours des juges et des jurés disposent en l'invoquant de la vie et de la liberté de leurs semblables.

Avant d'entrer en matière et de faire connaître les questions que je me suis proposé de résoudre, je dois discuter quelques points de doctrine généralement admis par les auteurs, et définir certaines expressions qui reviendront souvent dans le cours de ce mémoire.

J'appelle symptômes primitifs ceux qui, étant le résultat direct de l'infection, se manifestent sur le point même qui s'est trouvé en contact avec une partie malade; symptômes consécutifs ou secondaires ceux qui apparaissent plus ou moins long-temps après les premiers, et se montrent le plus souvent sur des parties du corps qui ne se sont point trouvées en contact avec un organe malade.

Les symptômes primitifs dont il sera question dans ce mémoire sont la blennorrhagie et les chancres. Personne ne doute de la nature vénérienne de ces derniers, et plus bas je prouverai que ceux qui soutiennent que la blennorrhagie n'est jamais un symptôme d'infection se trompent.

La plupart des auteurs ont admis plusieurs espèces de chancres. Boyer les distingue en benins et malins; Desruelles en simples et compliqués; Evans et surtout Carmichael ont multiplié les divisions. Ces divisions je les crois utiles, quoiqu'elles n'indiquent souvent que les différentes modifications imprimées à l'altération primitive

par les circonstances accessoires, telles que la constitution, le traitement, etc. Mais je ne saurais en faire usage pour cette monographie, n'ayant eu que rarement l'occasion d'observer moi-même les symptômes primitifs, chez les malades affectés de syphilides. Les indications fournies par leurs récits ou par l'inspection de la cicatrice sont trop vagues pour pouvoir décider si tel chancre était simple ou induré, gangréneux ou phagédénique. Par conséquent, toutes les espèces de chancres constituent pour moi un seul et même symptôme primitif. N'ayant point observé de symptôme consécutif à la balanite, je n'ai point à m'expliquer sur sa nature; mais je dois insister avec quelque détail sur la valeur symptomatique du bubon qui a été diversement appréciée par les médecins. Pour les uns, le bubon est un symptôme primitif; les autres le regardent comme secondaire. On le voit apparaître, disent les premiers, immédiatement après les phénomènes d'infection, et quelquefois même il est le seul que l'on remarque dans les cas encore si douteux de bubons d'emblée (1). D'autres, au contraire, ont fait observer que l'apparition des bubons dépendait le plus souvent de la nature des symptômes primitifs, du tempérament de l'individu affecté, de la manière dont les chancres qu'il complique si souvent avaient été traités. Ils ont dit qu'ils apparaissaient rarement lorsque le malade garde le repos et qu'on n'emploie que des remèdes adoucissants;

---

(1) Hunter, p. 435, Bonorden, p. 288, pensent que dans ce cas il existe le plus souvent de petits chancres entre le prépuce et le gland, qui ont échappé à l'attention de l'observateur. Cependant Wenderoth dit en avoir observé plus de trente cas, et Rust les admet aussi.

souvent lorsqu'on cautérise les chancres ou que le malade continue à marcher. Nous conserverons donc au bubon sa place parmi les symptômes primitifs ; mais nous serions tentés de l'appeler symptôme *successif* ; car il tient, pour ainsi dire, le milieu entre les symptômes primitifs et les affections secondaires ou consécutives.

Les auteurs varient beaucoup aussi dans leurs opinions sur la valeur du bubon comme signe de la syphilis, suivant qu'ils admettent l'hypothèse d'un virus ou qu'ils la rejettent. Pour les uns, le bubon n'est qu'une irritation qui se transmet le long des vaisseaux blancs depuis la verge jusqu'à l'aine; pour les autres, son apparition est un phénomène grave ; il indique l'absorption du virus par les vaisseaux lymphatiques, son transport dans le système glandulaire qu'il engorge. Aussi déjà Girtanner (vol. 1er, p. 253) l'avait regardé comme un signe pathognomonique de la syphilis : « Lorsque le poison, dit-il, n'est pas détruit, alors il agit tantôt localement sur les vaisseaux absorbants et irrite enfin la glande la plus voisine, ou il détermine la formation d'un bubon ; tantôt il engorge les autres vaisseaux lymphatiques du corps. » Cette idée, soutenue aussi par Hunter (p. 435), Benjamin Bell, Bonorden (p. 288), a été reproduite tout récemment par M. Philippe Boyer (p. 22 et 50), qui regarde le bubon comme le signe essentiel de l'infection vénérienne. Prévoyant l'objection qu'on ne manquera pas de lui faire, que beaucoup de malades affectés de syphilis, et chez lesquels tous les symptômes primitifs se réduisent à une simple blennorhagie, ne présentent pas le moindre signe de bubon, ou n'en ont conservé aucun souvenir, il a répondu d'avance que l'examen attentif d'un homme de

l'art découvre souvent un engorgement glanduleux dont le malade n'a pas même la conscience. L'observation de M. Boyer, si elle était réelle, serait d'une grande importance. Mais ce bubon, pour ainsi dire latent, ne peut avoir quelque valeur que dans les cas, malheureusement fort rares, où l'on est témoin à la fois des phénomènes primitifs et des effets secondaires. Nous conserverons donc au mot bubon son acception ordinaire et nous le définirons : une tumeur plus ou moins volumineuse, résultat de la tuméfaction des ganglions, siégeant le plus souvent à l'aine, indolente ou douloureuse, suppurée ou non, mais dont le malade a toujours la conscience par la gêne ou la douleur qu'elle lui cause (1).

Nous ne saurions passer à l'objet principal de ce Mémoire sans faire notre profession de foi sur une question qui a divisé, et divisera peut-être long-temps encore, les syphiliographes : je veux parler de l'existence ou de la non-existence du virus vénérien. Les doctrines émises à ce sujet peuvent se ranger sous trois chefs représentés

---

(1) Il est douteux que le bubon ait l'importance que M. Ph. Boyer veut lui attribuer ; car s'il est incontestable que de simples blennorrhagies sont suivies de syphilides, il ne l'est pas moins qu'elles ne sont que très-rarement accompagnées de bubons. Delpech est le seul qui ait vu des cas de ce genre. Bonorden (p. 287) et Kluge ne l'ont vu qu'avec des chancres. D'après M. Ricord (*Gazette médicale*, août 1835), le bubon successif aux chancres est sympathique ou virulent. Dans ce dernier cas, c'est un chancre ganglionnaire, dans l'autre un symptôme lymphatique non vénérien. Il y a mieux : Bonorden (p. 297), et Bérends (vol. v, p. 205), ont cru remarquer que les symptômes généraux étaient singulièrement mitigés lorsqu'il y avait eu antérieurement des bubons.

assez bien par trois époques correspondantes. Les auteurs de la première époque, savoir, du seizième, du dix-septième et du commencement du dix-huitième siècle, admettaient l'existence d'un virus qu'ils comparaient au virus rabique ou variolique; ils le recherchaient dans le cadavre des vérolés, et, comme ils le croyaient d'une nature froide et humide, il devait siéger surtout dans le foie. Morgagni dit sérieusement que, malgré les dissections les plus attentives, il n'a jamais pu parvenir à le voir. Hunter et Benjamin Bell ébranlèrent cette croyance; le premier en parlant de bubons sympathiques, le second en rejetant la blennorhagie hors du domaine de la syphilis. Sans chercher à se faire une idée exacte sur ce virus, les auteurs de cette époque ne tentèrent plus aucun effort pour déterminer son siége et scruter sa nature. Ces écrivains forment la seconde époque. Enfin, dans notre siècle, il y a partage entre les médecins; les uns admettent un virus comme Benjamin Bell et Hunter, les autres le nient tout-à-fait. M. Richond, en particulier, a écrit un ouvrage en deux volumes sur la *non-existence du virus vénérien*. Il a habilement supposé que tous ses adversaires faisaient de ce virus un être matériel, et il demande à chaque page qui a vu? qui a touché? qui a senti ce virus? Ainsi, pour expliquer les phénomènes de la syphilis, il se refuse à admettre un virus; mais il le remplace par l'irritation. A notre tour nous demanderons qui a vu, qui a touché, qui a senti l'irritation? Le virus est un être de raison comme l'irritation; ce sont de pures hypothèses commodes pour lier les faits entre eux, mais qui rentreront dans leur néant du jour où, à force d'observations, on sera parvenu à les expliquer.

Je crois néanmoins qu'il faut adopter l'hypothèse d'un virus, parce qu'elle sert à lier entre eux les phénomènes de la syphilis. Ainsi elle fait comprendre qu'un homme infecté aujourd'hui puisse être pris de symptômes consécutifs six mois, un an, deux ans après; elle rend compte du déplacement des symptômes qui se portent d'un organe à l'autre. En un mot, elle est aux phénomènes de la syphilis ce que l'hypothèse de Simmer sur les deux électricités est aux phénomènes électriques; mais, de même qu'il n'est aucun physicien qui affirme aujourd'hui qu'il existe réellement deux électricités, de même aucun médecin philosophe ne soutiendra l'existence matérielle d'un virus dont ses sens ne lui ont pas démontré la présence (1).

Il est d'ailleurs une objection que l'on a toujours faite à ceux qui repoussaient l'hypothèse d'un virus et à laquelle ils n'ont jamais su répondre d'une manière satisfaisante. Puisque vous attribuez, leur a-t-on dit, tous les symptômes de la syphilis confirmée et les syphilides en particulier à une irritation, d'où vient que l'on n'observe ces symptômes que chez des individus qui ont été affectés antérieurement de signes d'infection? Ils ont répondu que le diagnostic des syphilides était tellement obscur qu'il était impossible de les rattacher à une maladie antérieure. Aussi M. Devergie (p. 189) nie-t-il que l'on puisse diagnostiquer les syphilides; M. Richond (vol. 1er, p. 312)

(1) Dans une thèse intitulée : *Dissertatio de syphilide, auct. Ruthenberg*; *Bonn*, 1830; les partisans du virus trouveront un argument nouveau en faveur de leur théorie. L'auteur rapporte plusieurs exemples d'enfants qui, vaccinés avec de la lymphe prise sur des vénériens, présentèrent par la suite tous les symptômes de la syphilis.

émet la même idée. Du reste, cette opinion sur l'incertitude des signes qui distinguent les syphilides des autres maladies cutanées est assez accréditée pour que je croie nécessaire de la combattre. La plupart des médecins qui ont écrit sur la syphilis observaient dans des hôpitaux spéciaux, où ils n'ont pu voir, en fait de maladies de la peau, *que* celles qui succèdent à la vérole; ils n'ont donc pas été à même de comparer ces affections avec celles qui ne sont pas vénériennes. Or, de cette comparaison seule peut résulter, selon moi, la connaissance exacte des caractères propres aux syphilides. Dans les nombreuses observations que j'ai recueillies à l'hôpital Saint-Louis sur les maladies de la peau en général, je n'ai jamais négligé de demander aux malades s'ils avaient eu des chancres et une blennorrhagie antérieures; et c'est à peine si, une fois sur cinquante, il restait quelques doutes (après un examen approfondi des caractères physiques de l'éruption cutanée) sur des malades qui, n'ayant jamais eu de symptômes d'infection, ne pouvaient par conséquent être affectés de syphilide. Sans doute il est des cas obscurs qui laissent de l'incertitude dans l'esprit (quel est le genre de maladie qui n'en présente pas?), mais ils sont rares, et l'on comprend que je n'en ai point fait usage pour la composition de ce mémoire.

Les syphilides peuvent, suivant les auteurs, se présenter sous la forme exanthématique, vésiculeuse, squammeuse, pustuleuse, papuleuse, tuberculeuse ou ulcérante. Parmi ces formes, les trois premières se sont rarement présentées à mon observation; et, comme leur véritable nature donnait lieu à quelques doutes, j'ai préféré les négliger. La forme exanthématique est le plus

souvent concomitante des symptômes primitifs; elle n'est donc point une syphilide consécutive, et c'est plutôt dans les hôpitaux consacrés aux vénériens que dans ceux où l'on reçoit des maladies cutanées qu'on pourra l'étudier. Il existe peu d'observations de syphilides vésiculeuses; M. Rayer ne l'a observée qu'une fois (vol. 2, p. 383); MM. Cazenave (1) et Gibert (2) en rapportent chacun un exemple emprunté à la clinique de M. Biett. Quant à la syphilide squammeuse ou *Psoriasis* syphilitique, elle est rarement bien caractérisée, excepté lorsqu'elle affecte la paume des mains; et les auteurs ont souvent appelé ainsi des *Lichen* où la desquammation était plus marquée : nous citerons, par exemple, la figure 4 de la planche 5 de l'ouvrage de Carmichael. M. Biett a, depuis long-temps, fait remarquer que les papules syphilitiques étaient presque toujours entourées d'un liseré blanc, reste de l'épiderme recouvrant la papule, qui s'est détaché sous forme de squamme; et tous ceux qui connaissent les maladies de la peau comprendront aisément combien il est difficile de tracer une ligne de démarcation entre une affection de ce genre et le *Psoriasis* commençant, appelé *Psoriasis guttata*. Ce que nous dirons dans ce mémoire sera donc uniquement relatif aux syphilides papuleuses, tuberculeuses, pustuleuses et ulcérantes. Ces trois dernières formes reconnaissent une origine commune, le tubercule. Il est rare, en effet, de voir de véritables pustules, de vrais *Ecthyma* consécutifs, chez l'adulte. La pustule n'est, le plus sou-

(1) Journal hebdomaire, t. II, p. 462.
(2) Manuel des maladies de la peau, p. 462.

vent, qu'un tubercule suppuré à son sommet, et elle trahit son origine par sa base rouge, indurée et saillante au-dessus du niveau des téguments. Il est fort rare aussi qu'un malade présente uniquement des tubercules syphilitiques ; le plus souvent on observe à la fois sur son corps des tubercules, des pustules et des ulcérations, ou des tubercules et des ulcérations seulement.

Pour résoudre par l'observation les questions que je me suis proposées, j'ai analysé les soixante observations que je possède, comme on peut le voir dans le tableau ci-joint ; et, de ces faits, j'ai tiré les conséquences qu'ils recelaient pour ainsi dire en eux-mêmes. Que si certaines de ces conséquences viennent à étonner le lecteur, je dois l'avertir que je l'ai souvent été comme lui, ne prévoyant nullement d'avance les résultats auxquels j'étais forcément amené ; si d'autres lui paraissent être des vérités généralement connues qui n'avaient pas besoin de nouvelles démonstrations, je répondrai que la manière rigoureuse dont j'ai procédé doit donner un degré de consistance de plus aux convictions qui s'étaient formées dans l'esprit d'un grand nombre de praticiens éclairés. J'ai joint ici un modèle du tableau analytique de mes observations.

Modèle *du Tableau analytique des soixante observations.*

NOMS et PROFESSIONS.	AGE.	CONSTITUTION.	PARENTS	ÉTAT DE SANTÉ antérieur.	SYMPTOMES PRIMITIFS.	TRAITEMENT et DURÉE.	ÉTAT DE SANTÉ avant l'apparition DES SYPHILIDES.	SYMPTOMES CONSÉCUTIFS.	INTERVALLES.	ORDRE suivant lequel les parties ont été affectées.
R....., employé.	25 ans.	Cheveux blonds. Peau blanche, chairs molles; yeux gris, face bouffie. Intelligent.	Mère morte phthisique à 34 ans, 4 ans après sa naissance.	Toujours délicat et faible. Dentition difficile. A 16 ans, maladie grave. Convalescence d'un an.	A 22 ans, blennorrh. (Avril 1832), bubon. Milieu de sept. 1832, paraphim., chancre comme une lentille sans coït nouveau.	Coupée en dix jours avec du copahu, reparait fin de juil., coupée en deux jours. Guéri en un mois par des pilules de sublimé. En prend 200 en cinq mois.	Fin de février 1833, pleurésie : rétabli fin mars, retombe malade le 25 avril, fièvre. etc.	Juin 1833. Prenant les eaux de Plombières, pustule dans le cuir chevelu. Ulcérations peu profondes. Alopécie. Cicatrices arrondies Épiderme fin, lisse. Guérison en 2 mois. Janv. 1834, tubercules sur les côtés de la face. Ulcérations. Nov., exostoses à la face, carie.	14 mois.	Cuir chevelu, face.
N....., commis-voyageur.	27 ans.	Robuste, cheveux noirs, peau brune: syst. pileux et musculaire développés	Parents sains.	Santé générale très-bonne, seulement depuis longtemps des palpitat. et des douleurs rhumatismal.	1830, blen. Juil. 1830, 2e blennorrh. 1832, chanc. 25 j. après, le chancre n'étant pas guéri, coït d'où bubon.	Dura 3 sem. 20 sangsues au périnée et bains. Durée 15 jours, même traitem. Traitem. simple, 60 sangsues autour du bubon qui fut ouvert, et guérit en un mois. Point de mercure.	Depuis la fin de 1831, santé parfaite. Août 1835, six semaines à cheval nuit et jour.—Sept. (même année), fièvre intermittente. Sulfate de quinine. Fin d'octob., fièvre urticaire pendant 10 jours.	3 nov. 1835, gonflement de la face. Papules et pustules syphilitiques. Janvier 1836, douleurs ostéocopes, périostoses au cubitus et aux tibias.	5 ans et demi. 3 ans.	Face, bras, cuisses.

PREMIÈRE QUESTION.

« Quels sont les symptômes primitifs qui donnent lieu » le plus souvent aux syphilides ? »

Cette question en renferme implicitement une autre, celle de savoir si la blennorrhagie est un symptôme d'infection syphilitique analogue aux chancres en tous points. Jusqu'à Benjamin Bell cette doctrine était universellement adoptée, et elle a été soutenue par des écrivains d'un grand poids. Je me contenterai de citer parmi eux Girtanner, Hecker, Reich, Pierre Franck, Sœmmering, Fred. Hoffmann et Wan-Swieten, qui dit, p. 397 : « Gonorrhæa materiam retentam et resorptam ad alia » loca corporis deponi quandoque vel indè patet quod » toties lues universalis per corpus universum dispersa, » oriatur à malâ curatione gonorrhææ. » Parmi les auteurs modernes, Freteau, qui a écrit spécialement sur ce sujet, et M. Rayer sont de la même opinion : « Quant aux blennorrhagies non syphilitiques, dit ce dernier auteur (vol. 2, p. 344), je les crois aujourd'hui très-rares. » Ces écrivains se fondent sur ce fait, que l'on a vu très-souvent la même femme donner à l'un une blennorrhagie, à l'autre un chancre, et des symptômes consécutifs succéder aux écoulements comme aux ulcérations.

Benj. Bell émit le premier, en 1793, l'opinion que le virus blennorrhagique différait du virus syphilitique, parce que la matière de la blennorrhagie placée entre le prépuce et le gland ne produit pas de chancres. Bosquillon, Tode, Callisen, Duncan, Balfour, Ellis, Ehrmann, Lafond, Hernandez, Cockburn adoptèrent cette idée avec la plupart

des chirurgiens militaires anglais, tels que sir James Mac-Gregor, Hennen, Guthrie, etc.

Il existe encore une troisième opinion, qui pour acquérir un degré de certitude absolue, aurait besoin d'être appuyée sur l'observation directe, mais qui réunit un grand nombre de probabilités en sa faveur, c'est celle de la plupart des médecins modernes, qui admettent des blennorrhagies syphilitiques et d'autres qui ne le sont pas (1). Je citerai comme partisans de cette doctrine M. le professeur Lallemand de Montpellier (*Revue médicale*, vol. III, p. 298), MM. Biet, Gibert, A. Cullerier, etc. On ne saurait nier en effet qu'il existe des blennorrhagies syphilitiques, puisqu'il en est qui sont suivies de tous les symptômes consécutifs de la maladie vénérienne. Cependant M. Ricord professe que « le chancre est le seul symptôme caractéristique de la syphilis, qu'il est aussi distinct, aussi spécifique que la variole et le vaccin. Les symptômes secondaires de la vérole succèdent aux chancres. Lorsque la blennorrhagie a été notée comme antécédent; les muqueuses d'où elle provenait n'ayant pas été examinées, on n'a pas pu savoir s'il n'y avait pas autre chose qu'une blennorrhagie, tandis que toutes les fois que les muqueuses vaginale ou uréthrale ont pu être rigoureusement inspectées, jamais nous n'avons vu survenir des symptômes d'infection générale. » Pour ma part, je

(1) Je ne parle pas des écoulemen's qui ont lieu chez les enfants pendant la dentition (Voy. Rayer, *Mémoire sur les inflammations non virulentes des membranes muqueuses des organes de la génération chez les enfants*, 1821), ni des blennorrhées arthritiques, dont Bell, Swediaur, Barthez, ont publié des exemples. Je parle uniquement de la blennorrhagie qui succède au coït.

crois cette opinion trop absolue. Des blennorrhagies simples peuvent être suivies de symptômes consécutifs. M. Biett en a rapporté de nombreux exemples. Je crois même que, lorsqu'on n'a pas été témoin des symptômes primitifs, on peut, par des interrogations multipliées, s'assurer que le malade n'avait réellement qu'une blennorrhagie. Je donnerai, comme un exemple des cas qui ont entraîné ma conviction, l'observation suivante. Un pharmacien, âgé de vingt-trois ans, prend une blennorrhagie; mais elle le gêne si peu qu'il continue à se livrer à ses occupations; il va à la chasse, et use même du coït. Alors il survient une orchite qui le force à se soigner; la blennorrhagie guérit après avoir duré six mois. Sept ans après, une ulcération paraît à l'ouverture de la narine gauche, une autre à la face interne de la lèvre inférieure; ces ulcérations s'étendent; les deux lèvres sont envahies dans toute leur moitié gauche, puis elles guérissent partiellement pour s'ulcérer sur d'autres points; les ulcérations sont à bords arrondis et coupés à pic; les cicatrices à peau fine, rose et plissée. Le malade, admis dans les salles de M. Biett, guérit en un mois par l'usage du proto-iodure de mercure. Dira-t-on que ce malade, à moitié médecin, qui s'examinait lui-même scrupuleusement, ainsi que nous l'avons vu à l'hôpital, avait des chancres sans les voir? Aurait-il pu faire tout ce qu'il a fait s'il en avait eus? Comment supposer d'ailleurs que tous les médecins anciens et modernes se soient accordés à regarder les blennorrhagies comme étant toujours, ou au moins quelquefois vénériennes, si cette affection n'était jamais, comme le dit M. Ricord, suivie de symptômes consécutifs? L'opinion à laquelle j'ai été amené par les faits est

que des blennorrhagies simples peuvent donner lieu à des syphilides consécutives (voyez les obs. 4 et 9), mais aussi que la plupart des blennorrhagies ne sont pas syphilitiques. On en sera convaincu en réfléchissant combien cette affection est commune, et combien il est rare que des syphilides lui succèdent. Que de gens qui ont eu plusieurs gonorrhées et jamais de symptômes consécutifs! J'ai connu des hommes qui contractaient un écoulement chaque fois qu'ils voyaient une femme pendant qu'elle avait ses règles ou après des excès de vin : ils la revoyaient souvent peu de temps après sans que ni elle, ni eux-mêmes n'aient présenté le moindre symptôme vénérien (1). Au reste, cette question n'est pas encore définitivement résolue. Les chirurgiens militaires qui observent les mêmes hommes pendant long-temps sont seuls à même de déterminer le rapport exact qui existe entre les blennorrhagies vénériennes et les uréthrites catarrhales. Encore restera-t-il toujours quelque doute; car les symptômes consécutifs peuvent, comme nous le verrons, survenir dans la vieillesse lorsque l'individu a quitté le service militaire depuis long-temps; et les sceptiques auront toujours la ressource d'appliquer à la grande vérole ce que La Condamine disait de la petite, savoir, que ceux qui n'en étaient point attaqués ne vivaient sans doute pas assez long-temps pour l'attendre.

Ces considérations suffisent pour faire voir que nous

(1) Eisenmann, p. 120, a traité un homme qui fut affecté de blennorrhagie après avoir vu une femme encore vierge. Je pourrais citer beaucoup d'exemples analogues, mais qui ne reposent malheureusment que sur des présomptions morales.

n'avons pas dû, à l'exemple de Hennen et de quelques autres médecins, exclure la gonorrhée du nombre des symptômes primitifs de la maladie vénérienne.

Les médecins qui admettent des écoulements vénériens ne sont pas d'accord entre eux pour savoir si les syphilides succèdent plus souvent aux chancres ou à la blennorrhagie.

M. Albers affirme (p. 15) que, de tous les symptômes, c'est la blennorrhagie qui donne le plus souvent lieu à des syphilides, et que le rapport est comme 3 : 2.

M. Petit partage l'opinion de M. Albers. Il dit, proposition X : « De tous les symptômes primitifs, celui qui est le plus souvent suivi d'affection constitutionnelle, surtout chez la femme, c'est la blennorrhagie. »

Girtanner, au contraire (vol. I, p. 273), assure que la syphilis reconnaît le plus souvent pour cause des chancres et des bubons, et que ce n'est que fort rarement qu'elle succède à un écoulement.

Swediaur (vol. I, pag. 136) dit : « Les symptômes de la syphilis se manifestent rarement après les blennorrhagies, parce que le virus est délayé.

R. Carmichael professe (page 79) une opinion analogue.

M. Rayer (vol. II, page 345) s'exprime ainsi : « Les éruptions cutanées secondaires à la blennorrhagie sont rares. On les observe surtout dans une bien moindre proportion qu'à la suite des ulcères vénériens superficiels et profonds. »

Sur trente-neuf cas de syphilides, M. Fricke n'en a observé qu'un seul succédant à une simple blennorrhagie.

On voit qu'au milieu de ces assertions contradictoires il était difficile de deviner la vérité. Le tableau suivant présente l'analyse de mes soixante observations, et le rapport dans lequel chaque symptôme primitif donne lieu aux syphilides.

TABLEAU *présentant le rapport dans lequel chaque symptôme primitif donne lieu aux syphilides.*

SYMPTOMES PRIMITIFS.	NOMBRE des cas.	RAPPORT.
Blennorrhagies simples.	10	1/6e
Blennorrhagies avec bubon	2	1/30e
Blennorrhagies avec orchite	2	1/30e
	14	7/30e
Chancres simples.	9	3/20e
Chancres avec bubons.	6	1/10e
Chancres avec blennorrhag. concomitante	4	1/15e
Chancres précédés de blennorrhagie . . .	11	11/60e
Chancres suivis de blennorrhagie.	1	1/60e
Chancres, blennorrhagies et bubons à plusieurs reprises	12	1/5e
Végétations.	1	1/60e
Inoculation par d'autres points que les parties sexuelles	2	1/30e
	46	23/30e
TOTAL. . .	60	

En considérant ce tableau, il semblerait au premier abord que la blennorrhagie est suivie à peu près aussi souvent de syphilides que les chancres, puisque nous

voyons que quatorze individus ont été affectés seulement de blennorrhagie et quinze de chancres seulement; mais ce jugement serait erroné parce que nous ne connaissons pas le nombre relatif des blennorrhagies aux chancres chez les individus affectés d'éruptions vénériennes. Cependant nos observations peuvent nous fournir quelques renseignements à cet égard. En effet, le nombre total des blennorrhagies pour nos 60 malades est de 65; le nombre total des chancres, de 48 ; de plus, on peut remarquer que sur 57 de nos malades qui ont eu l'un ou l'autre de ces deux symptômes, ou tous les deux à la fois, il n'y en a que quinze qui n'aient *jamais* été affectés de blennorrhagie. Nous pouvons donc avancer, sans crainte d'être démentis par l'expérience : 1° que la blennorrhagie est une affection plus commune chez les individus affectés de syphilides que les chancres ; 2° qu'elle est par conséquent suivie proportionnellement moins souvent de syphilides, puisqu'étant plus fréquente elle présente à peu près le même chiffre de syphilides consécutives que les chancres qui sont beaucoup plus rares. On remarquera aussi que c'est la réunion de ces deux symptômes primitifs, concomitants ou non, qui donne le plus souvent lieu aux syphilides secondaires. En effet, le nombre des malades qui sont dans ce cas est de 28, nombre supérieur à celui de toutes les autres catégories prises séparément. En considérant les bubons et l'orchite comme une complication, on reconnaît aussi qu'en thèse générale les syphilides reconnaissent plus souvent pour cause plusieurs symptômes que des symptômes isolés (blennorrhagies ou chancres seuls) dans la proportion de 38 à 19, ou de 2 à 1. Ce résultat est d'accord avec celui de M. Ph. Boyer, qui, sur 28 cas, a vu 14

syphilides succédant à des symptômes compliqués (blennorrhagies et chancres), seulement 8 à des chancres seuls et 6 à la blennorrhagie seule.

SECONDE QUESTION.

Quelles sont les limites extrêmes et la moyenne de l'intervalle de temps qui séparent l'apparition des symptômes primitifs de celle des syphilides consécutives?

Avant de chercher a résoudre cette question, je dois présenter d'abord un tableau de l'état actuel de nos connaissances à cet égard, afin que l'on puisse juger quel a été mon point de départ, et voir si j'ai réellement ajouté quelque chose à ce que l'on savait déjà sur ce sujet. Je ne parle pas ici des intervalles de quelques mois que peu de personnes révoquent en doute, mais de ceux où l'on compte par années, et dont beaucoup de médecins sont tentés de contester la réalité. Il en existe même qui, à l'exemple de M. Dubled (proposition V), affirment que les syphilides n'ont aucun rapport avec les symptômes primitifs. D'autres, comme M. Richond (tom. I, p. 236 et suivantes), et M. Devergie n'admettent pas que le virus puisse manifester sa présence un grand nombre d'années après avoir été introduit dans l'économie; M. Haudschuh, chirurgien militaire bavarois, dont l'ouvrage sur les syphilides a été analysé dans les Annales de Hecker, en mai 1834, ne saurait se persuader que le virus vénérien puisse dormir vingt et trente ans dans l'économie. L'auteur de l'analyse, M. Balling, ne partage pas le scepticisme de l'auteur, et cite comme exemples les scrofules et les phthisies héréditaires, dont l'incubation est encore

plus longue. J'espère convaincre ces auteurs et ceux qui pourraient partager leur opinion, que la longue incubation du virus vénérien est un fait réel, et pas assez connu, quoiqu'il ait été proclamé par les auteurs de toutes les époques. Pour rendre la chose plus palpable, je procéderai par ordre chronologique.

Nicholaus Massa, qui vivait en 1536, dit, pag. 45 : « In pluribus undecunque fit iste humor et rebellis et » inobediens medicaminibus, et sæpè post curationem » hæc ægritudo recidivat, et recidiva quandoquè est cita » et sæpè stat per annos quæ in multis est deterior. » — Son chapitre VII est intitulé : *De preservatione à recidivâ et de aliquis confortantibus.* Il commence ainsi : « Visum est sæpè et sæpiùs qui tali morbo laboravere, post » sanationem et totalem accidentium remotionem, post » aliquot menses, post annos aliquot, in recidivam pessimam incidere, tunc ob dispositionem subjecti, tunc » etiam è malo regimine. »

Johannes Paschalis, écrivain de la même époque, parle dans le même sens, et veut précisément pour cela que le traitement soit continué même après la guérison.

J. Astruc (1738) ch. 1, p. 114, s'exprime d'une manière encore plus positive, et compare le virus vénérien à celui de la rage et de la variole ; « Jamdudùm observatione compertum est, virus venereum cum profligatum creditur, clàm aliquandò latere ad multos annos in » ipso sanguine, sine ullà ægrotantis noxâ quæ manifesta » sit, atque adeò sine ullo sui indicio : at verò ubi primum » ex accidente sanguinis crasis vitio pervertitur, quanquàm » virus nullum de novo accedat, hydræ instar sponte re-

» vivescere, celerique progressu gravissima symptomata » inferre, undè lues confirmata.»

Fabre, élève de J.-L. Petit (1782), p. 241, dit : « Lorsqu'une personne a eu des chancres et des bubons qui n'ont point suppuré, ou une gonorrhée supprimée, il est certain que dès-lors elle a la vérole, quoique ces accidents primitifs ne subsistent plus, ayant été dissipés soit d'eux-mêmes, soit par des remèdes palliatifs ; or, si on néglige cette maladie cachée, son levain, en se développant plus tard, produira souvent des accidents qui menaceront la vie du malade ou qui deviendront très-difficiles à guérir. (P. 255), il cite une consultation de J.-L. Petit, dans laquelle ce célèbre chirurgien disait : « On peut avoir pendant vingt ans cette maladie, sans qu'elle se montre de manière à ne pas douter de son existence. »

Hunter (1787), p. 528 et suivantes, après avoir rapporté un cas où la maladie reparut sept mois, puis quatorze mois après la guérison des symptômes primitifs, ajoute : « Il est encore incertain combien de temps il faut à la maladie pour qu'elle puisse paraître, ou que la matière vénérienne, une fois passée dans le corps, puisse produire ses effets locaux dans ses différentes parties, qui sont les plus sujettes à être affectées ; mais en général, il faut environ six semaines ; dans plusieurs cas, cependant, il en faut plus, et dans d'autres moins. Chez quelques-uns, ces effets paraissent quinze jours après que la matière a pu être absorbée. J'ai eu occasion d'en être assuré chez une personne qui avait déjà un chancre et à qui il survint un gonflement à l'aine. Son corps se couvrit d'éruptions vénériennes dans l'espace de temps que nous avons rapporté. Dans un autre cas, il parut des éruptions sur tout

le corps trois semaines après la guérison d'un homme, précisément quinze jours après avoir abandonné le traitement mercuriel qui guérit le chancre. Les effets de la matière vénérienne sur les autres parties du corps sont moins violents, et, par conséquent, beaucoup moins tardifs à paraître. »

Freteau (1813) est dans les mêmes idées, et il raconte (p. 209) que Laennec avait connu un négociant qui fut pris de douleurs ostéocopes et d'une carie de la mâchoire, dont on ne pouvait rapporter la cause qu'à une gonorrhée virulente contractée quarante-deux ans auparavant. (P. 238), il cite le cas d'un homme qui eut tous les accidents de la syphilis quinze ans après avoir eu des enfants sains, et sans avoir été affecté depuis leur naissance.

Swediaur (septième édit., 1817, t. II, p. 26) dit aussi: « Dans quelques cas, rares à la vérité, le virus semble être resté plusieurs années sans avoir donné aucun signe de sa présence. »

M. Lagneau (cinquième édition, 1818) insiste peu sur ce point; cependant, on trouve (p. 163) : « Les pustules humides des environs de l'aine se manifestent souvent comme premiers symptômes de vérole constitutionnelle six mois, trois mois après la guérieon apparente d'une gonorrhée, et (p. 137) la peau se couvre d'ulcères plus ou moins de temps après la disparition des symptômes primitifs. »

Carmichael (deuxième édit., 1825), qui a tant insisté sur les rapports qui existent entre les symptômes primitifs et les syphilides secondaires, n'a pas discuté la question de temps.

M. Devergie (1826) donne (p. 258) un tableau dressé par M. Desruelles aîné, à l'hôpital militaire de Rennes, des syphilides observées après le traitement mercuriel et après le traitement simple. Ce tableau comprend dix-sept cas. Les termes extrêmes de l'intervalle entre les symptômes primitifs et l'apparition de la syphilide sont sept jours et quatre ans; moyenne: cent soixante dix-huit jours ou six mois.

M. Hennen (1829), p. 550, fournit un relevé de quarante-quatre cas de syphilides à la suite du traitement sans mercure, observés dans les hôpitaux militaires d'Écosse, du 20 juin 1817 au 20 décembre 1819. Il est impossible de donner sa moyenne, parce qu'il réunit souvent cinq ou six cas et n'indique que leurs extrêmes; mais nous constaterons que le plus court intervalle qu'il ait observé est sept jours, le plus long vingt mois.

M. Petit (1829) émet dans sa Thèse la proposition suivante: « Les symptômes consécutifs peuvent survenir plus ou moins long-temps après la disparition des symptômes primitifs. »

Eisenmann (1830), dans son ouvrage sur la blennorrhagie et toutes ses suites (t. II, p. 157) constate que les syphilides qui succèdent à la gonorrhée apparaissent quelquefois pendant sa durée, immédiatement après la cessation, ou plus ou moins long-temps après.

M. Rufz (*Résultats cliniques d'observations recueillies à l'hôpital des vénériens de Paris pendant l'année* 1830, p. 34), distingue les syphilides suivant qu'elles se manifestent pendant ou après la durée des symptômes primitifs. Sur 37 cas, 19 fois l'éruption a eu lieu plus ou moins long-temps après la disparition des symptômes primitifs.

Les limites extrêmes sont quinze jours et douze ans. Je ne saurais indiquer la moyenne parce que l'auteur ne donne pas les dates exactes, mais compte seulement par mois.

Dans la thèse de M. Pailloux, soutenue le 19 janvier 1832, nous trouvons (p. 30) que, sur dix-sept cas, il a trouvé que les intervalles de temps entre l'infection primitive et les symptômes secondaires variaient d'un an à trente ans. Sa moyenne est six ans.

M. Auguste Cullerier, qui formula des propositions sur les maladies syphilitiques, dans une thèse présentée le 7 mai de la même année, dit, page 15 : « Les syphilides, comme tous les autres symptômes consécutifs, ne se font voir que plusieurs mois et même plusieurs années après les accidents primitifs, sans que la santé en ait été altérée dans l'espace de la première à la seconde maladie. » Et il ajoute que, dans l'état actuel de la science, il lui paraît impossible d'expliquer les affections consécutives sans reconnaître la présence d'un virus syphilitique.

En Allemagne, M. Albers, professeur à Bonn, affirme, dans son ouvrage spécial sur les syphilides (1832), p. 22 et 23, qu'il est fort rare que les syphilides apparaissent pendant l'existence des symptômes primitifs, et que le plus souvent, elles viennent long-temps après.

M. Humbert publia en 1833 un manuel des syphilides d'après les leçons cliniques de M. Biett. Il admet comme un fait démontré la longue incubation des syphilides et rapporte plusieurs observations où un long espace de temps a séparé les symptômes d'inoculation de ceux de la vérole confirmée.

La même année parut la seconde édition de l'abrégé des maladies de la peau de MM. Cazenave et Schedel, qui renferme (p. 459) les doctrines de M. Biett sur ce sujet.

Les auteurs croient à l'existence d'un virus, soit que les syphilides se montrent en même temps que les symptômes primitifs, soient qu'elles se manifestent des mois ou même des années après l'infection.

M. Gibert (1834), qui avait déjà inséré, en juin 1830, dans la *Revue médicale* une observation dans laquelle on voit que huit ans se sont écoulés entre les deux ordres de symptômes, admet dans tout le cours de son manuel que les syphilides doivent être rangées parmi les symptômes consécutifs de la maladie vénérienne.

Le docteur Bonorden, chirurgien militaire prussien, reconnaît implicitement, dans tout le cours de son livre, que les symptômes secondaires peuvent survenir long-temps après les accidents primitifs.

M. Rayer (deuxième édit., 1835, t. II. p. 340) fait remarquer que les rapports entre les éruptions vénériennes et les inflammations virulentes et contagieuses sont moins faciles à saisir qu'au XVIe et XVIIe siècle, parce que plusieurs mois et même plusieurs années s'écoulent souvent entre l'apparition et la guérison des symptômes primitifs d'une part, et le développement des symptômes secondaires de l'autre; et (p. 373) il ajoute : « Le plus souvent c'est après plusieurs mois et même après plusieurs années d'une guérison apparente que les symptômes consécutifs, et en particulier les éruptions vénériennes, se déclarent. » Page 480, on trouve l'observation d'un homme de cinquante-un ans, atteint d'ulcères syphilitiques de la face, et qui avait eu seulement une blennorrhagie vingt-cinq ans auparavant.

Enfin, si nous ouvrons l'ouvrage le plus récent (1836) sur la syphilis, le traité pratique de M. Ph. Boyer, nous y

trouvons la doctrine du virus fortement soutenue, et p. 105 nous lisons : « La syphilis consécutive peut se manifester à toutes les époques après l'infection; quelquefois il se passe un assez grand nombre d'années entre l'époque de son apparition et celle où la contagion a eu lieu.

Cette énumération, où ne se trouvent pas compris les auteurs qui n'ont point admis l'incubation du virus pendant un grand nombre d'années, est encore loin d'être complète. Les titres seuls des livres qui traitent de la syphilis remplissent trois volumes in-8°. Elle présente cependant d'une manière fidèle le résumé de doctrines médicales émises sur ce sujet depuis 1536 jusqu'en 1836, c'est-à-dire pendant un espace de trois siècles. Toutefois il existe encore des incrédules, très-peu nombreux il est vrai, et l'incubation du virus syphilitique pendant un nombre d'années souvent considérable, n'est pas un fait aussi généralement connu qu'il devrait l'être. Je crois que cela tient uniquement à ce que les auteurs, disant vaguement que l'incubation peut être plus ou moins longue, sans insister sur les limites de cet espace de temps, ni s'appuyer sur un grand nombre d'observations, n'ont pas attiré suffisamment sur ce point l'attention du public médical, ni produit une impression durable en portant la conviction dans les esprits.

La question qui forme la tête de ce chapitre doit se subdiviser pour être résolue en plusieurs autres questions secondaires. Examinons d'abord :

Quelle est la moyenne et quels sont les extrêmes de l'intervalle de temps qui sépare les blennorrhagies simples ou compliquées des syphilides consécutives.

1° La blennorrhagie simple :

Sur soixante observations que j'analyse, je trouve dix cas dans lesquels les malades n'ont eu qu'une blennorrhagie pour tout symptôme primitif; les intervalles qui les séparent des syphilides sont les suivants:

8 mois.	3 ans.	21 ans.
1 an (2 cas).	4 ans.	31 ans.
14 mois.	10 ans.	42 ans.

Les extrêmes sont 8 mois et 42 ans.

La moyenne 11 ans environ.

Nombre des cas au-dessous de la moyenne. . . 6.

Nombre des cas au-dessus de la moyenne . . . . 3.

Voyez les observations IV et IX.

Il était intéressant de voir s'il existe un rapport entre la durée de la blennorrhagie et l'intervalle de temps après lequel apparaissent les éruptions cutanées. Dans ce but, j'ai dressé le tableau suivant :

Durée de la blennorrhagie.	*Syphilides survenues après....*
5 jours	31 ans.
1 mois	8 mois.
2 mois 1/2	4 ans.
	15 ans.
3 mois	1 an.
18 mois	42 ans.

On voit par ce tableau que la durée d'un écoulement ne fournit aucune donnée sur le temps qui pourra s'écouler jusqu'à l'apparition d'une syphilide consécutive.

2° La blennorrhagie compliquée de bubons.

Elle ne s'est présentée que deux fois à notre observation, et ce nombre est trop petit pour que nous puissions donner les moyennes. Nous nous bornerons à noter les intervalles qui furent de 8 ans pour un cas et de 10 ans dans l'autre.

3° La gonorrhée accompagnée d'orchite ne s'est offerte aussi que deux fois : dans un cas, l'intervalle fut de huit ans, dans l'autre, de cinq.

Si nous réunissons ces quatre cas, ils nous donneront une moyenne de sept ans.

La moyenne générale de l'intervalle qui s'écoule ordinairement entre les blennorrhagies simples ou compliquées et les syphilides consécutives est de neuf ans.

Pour n'être point induit en erreur sur la signification réelle de ces chiffres, et pour se former une idée exacte du rapport de temps qui existe entre les deux ordres de symptômes, il faut tenir compte de la moyenne en elle-même et du nombre des cas qui sont au-dessus et au-dessous de cette moyenne ; ainsi, pour la blennorrhagie simple, la moyenne de onze ans tient à ce que, dans les trois derniers cas, l'intervalle a été énorme ; mais comme le nombre des cas au-dessous de la moyenne est double de celui des cas au-dessus, la syphilide surviendra, dans les deux tiers des cas, avant qu'onze ans se soient écoulés. Il faut encore noter une autre particularité. Observant à l'hôpital Saint-Louis, où l'on ne reçoit que très-rarement des malades affectés de symptômes primitifs, nos résultats s'appliquent surtout aux syphilides véritablement consécutives, c'est-à-dire à celles qui surviennent long temps après la guérison des symptômes primitifs. Or, pour ce qui est de la blennorrhagie en particulier, tous les auteurs, Lagneau, Eisenmann, Biett,

Rayer, etc., sont d'accord pour affirmer que les syphilides ne surviennent presque jamais pendant sa durée. Les cas où l'on a observé le contraire ont été rapportés comme des exceptions, l'un par M. Larrey (Bulletins de la Société philomatique, ventôse an XII), l'autre par Morin (Journal de Médecine de Leroux, juillet 1776). Dans le premier, la suppression de l'écoulement fut suivie immédiatement de l'apparition d'une éruption dartreuse; dans le second, elle se manifesta pendant la durée même de la blennorrhagie (1).

Voyons maintenant *quelle est la moyenne et quels sont les extrêmes de l'intervalle de temps qui sépare les chancres simples ou compliqués des syphilides consécutives.*

Quarante-trois malades ont été affectés primitivement de chancres : sur ces 43 malades, 9 avaient eu des chancres simples sans aucune complication, 6 des chancres avec des bubons, 4 des chancres compliqués de blennorrhagie, 11 des chancres précédés plus ou moins long-temps auparavant de blennorrhagies, enfin 12 avaient eu plusieurs fois des chancres, des écoulements, soit ensemble, soit séparément; et sur ces 12, 7 avaient été aussi affectés de bubons.

Les intervalles sont les suivants :

1° *Chancres simples.*

3 jours.	5 mois.	11 mois.
1 mois.	5 mois.	9 ans.
2 mois 1/2.	7 mois.	36 ans.

(1) Observations particulières à consulter : Humbert (p. 123, 153 et 183); Rayer, (deuxième édit. II, p. 480 et première édit., t. II, p. 130); Casenave (*Journal hebdom.*, t. II, p. 402), et Gibert (*Manuel des maladies vénériennes*, p. 400), et nos observations IV, IX et X.

Les extrêmes sont 3 jours et 36 ans.

La moyenne 5 ans et quelques mois.

Nombre des cas au-dessous de la moyenne. . . 7

Nombre des cas au-dessus de la moyenne. . . 2

2° *Chancres compliqués de bubons.*

2 mois.	3 mois.	5 mois.
3 mois.	6 mois.	13 ans.

Extrêmes : 2 mois et 12 ans.

Moyenne : 29 mois.

Nombre des cas au-dessous de la moyenne . . 5

Nombre des cas au-dessus de la moyenne . . . 1

J'ai voulu savoir ensuite si la durée plus ou moins longue des chancres avait une influence pour hâter ou retarder l'apparition des syphilides, on verra par le tableau ci-dessous qu'il n'existe aucun rapport entre la durée des chancres et celle de l'intervalle qui les sépare de l'apparition des syphilides.

Durée des chancres.	*Syphilides survenues après....*
15 jours	36 ans.
23 jours	5 mois.
25 jours	6 mois.
1 mois	9 mois. 5 mois.
6 semaines.	2 mois 1/2.
3 mois.	3 mois. 7 mois. 13 mois.

3° *Chancres compliqués de blennorrhagie.*

Je n'ai observé que quatre cas de ce genre : les intervalles ont été de 2 jours, 7 mois, 3 ans et 5 ans et demi. Moyenne : 21 mois environ.

4° *Chancres simples et compliqués, précédés de blennorrhagie, ou bien récidivant une ou plusieurs fois.*

Lorsqu'un malade a été affecté à plusieurs reprises de symptômes primitifs, et qu'on veut apprécier l'intervalle qui s'est écoulé entre ces symptômes et la syphilide dont il est atteint, on se trouve dans un grand embarras. En effet, je suppose qu'un homme ait été affecté de blennorrhagie en 1820, de chancres et de bubons en 1823, de chancres compliqués de blennorrhagie en 1828, il sera difficile de dire, s'il a une syphilide en 1835, à laquelle de ces infections on doit l'attribuer. Voici cependant le raisonnement que l'on peut faire : il est certain qu'à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'infection, la chance d'être affecté de syphilides diminue, car nous avons vu que le nombre des cas au-dessous de la moyenne était constamment supérieur à celui des cas qui sont au-dessus : donc, nous ne saurions prendre pour point de départ la moitié de l'intervalle compris entre les deux infections, parce que la dernière a eu certainement une part plus grande que la première à la production de la syphilide, surtout si, comme cela arrive 11 fois sur 23, le premier symptôme a été une simple uréthrite. Cependant les infections qui ont précédé la première ont eu peut-être une influence réelle, qui ne doit pas être

négligée; j'ai donc pris pour point de départ le quart de l'intervalle entre la première et la dernière infection qui est le plus rapproché de celle-ci. Ainsi, dans l'exemple précité, je date de 1826 : je sais bien que c'est une espèce d'expédient qui n'a rien de rigoureusement mathématique, mais je le choisis faute de mieux, sans accorder aux résultats qu'il me donnera une importance qu'ils ne sauraient avoir. Je pense toutefois qu'ils se rapprochent singulièrement de la vérité, et cette approximation sera toujours préférable à une ignorance absolue : voici un tableau qui présente la série de ces intervalles.

Nombre des cas.	*Syphilides survenues après....*
1	3 mois.
1	9 mois.
3	15 mois.
4	1 an et demi.
2	2 ans.
2	2 ans et demi.
1	3 ans.
2	3 ans et demi.
2	4 ans.
1	5 ans et demi.
1	6 ans.
2	6 ans et demi.
1	7 ans.
23 cas.	

Extrêmes : 3 mois et 7 ans.

Moyenne : 3 ans.

Nombre des cas au-dessous de la moyenne . 14.

Nombre des cas au-dessus de la moyenne . . 8.

TABLEAU GÉNÉRAL

Des moyennes et des extrêmes de l'intervalle qui sépare chaque genre de symptôme primitif des syphilides consécutives.

SYMPTOMES PRIMITIFS.	MOYENNES.	EXTRÊMES.	NOMBRE DES CAS.	
Blennorrhagies simples.	11 ans. .	4 mois 12 ans .	Au dessous de la moyenne. .	6
			Au-dessus de la moyenne . .	3
Blennorrhagies compliquées de bubons ou d'orchite	7 ans. . .	5 ans 10 ans . .	Au-dessous de la moyenne. .	1
			Au-dessus de la moyenne . .	3
Chancres simples.	5 ans. . .	3 jours 36 ans .	Au-dessous de la moyenne. .	7
			Au-dessus de la moyenne . .	2
Chancres simples compliqués de blennorrh. ou de bubons.	20 mois .	2 jours 13 ans.	Au-dessous de la moyenne. .	7
			Au-dessus de la moyenne . .	3
Chancres simples compliqués de blennhorrh. ou récidivant . .	3 ans. . .	3 mois 7 ans. .	Au-dessous de la moyenne. .	14
			Au-dessus de la moyenne . .	8

Moyenne générale : 5 ans et demi.

Après avoir fait connaître les moyennes et les extrêmes de l'intervalle qui sépare chaque symptôme primitif des syphilides qui lui succèdent, j'ai dû faire le même travail pour chaque espèce de syphilide en particulier, afin de savoir si les unes succédaient plus tôt, les autres plus tard, aux signes d'infection. J'ai choisi les cas où le malade n'avait été affecté primitivement qu'une seule fois, et leur nombre s'est élevé à 35. Je rappellerai ici qu'entre les tubercules, les pustules et les ulcérations, on trouve tous les passages intermédiaires, et que souvent ces affections se montrent simultanément sur le même individu. Voici cependant les catégories que j'ai cru devoir établir.

Syphilides papuleuses, comprenant 10 cas de lichen et 2 de psoriasis. . . . . 12 cas.

Syphilides pustuleuses vraies ou pustules sans base élevée (*Ecthyma syphiliticum*). 3

Syphilides tuberculeuses simples. 4

Syphilides tuberculo-ulcérantes. 8

Syphilides ulcérantes (serpigineuses Alibert).. 8

Les tableaux suivants donnent les intervalles de temps qui se sont écoulés dans chaque cas de syphilide entre son apparition et le moment de l'infection; ils portent en même temps l'indication des symptômes primitifs auxquels chacune d'elles a succédé.

Syphilides papuleuses.

3 jours.	3 mois.	3 ans.
15 jours.	5 mois.	3 ans.
1 mois.	11 mois.	4 ans.
2 mois.	1 an.	8 ans.

Extrêmes, 3 jours et 8 ans.
Moyenne, 21 mois.
Nombre des cas au-dessous de la moyenne, 8
— au-dessus, — 4

Syphilides pustuleuses.

2 mois et demi.—5 mois. — 14 mois.
Moyenne, 7 mois.

Syphilides tuberculeuses.

3 mois.	9 mois.
14 mois.	10 ans.

Extrêmes, 3 mois et 10 ans.
Moyenne, 5 ans.

Syphilides tuberculo-ulcérantes.

1 mois.	3 mois.	6 mois.	31 ans.
2 mois.	4 mois.	1 an.	36 ans.

Extrêmes, 1 mois et 36 ans.
Moyenne, 8 ans et demi.
Nombre des cas au-dessous de la moyenne, 6
— au-dessus — 2

Syphilides ulcérantes.

2 mois.	7 mois.	10 ans.	15 ans.
6 mois.	4 ans.	13 ans.	21 ans.

Extrêmes, 2 mois et 21 ans.
Moyenne, 8 ans.
Nombre des cas au-dessous de la moyenne, 6
— au-dessus, — 2

TABLEAU

Présentant les moyennes de l'intervalle qui sépare chaque espèce de syphilide des symptômes d'infection.

SYPHILIDES.	EXTRÊMES.	MOYENNES.	NOMBRE DES CAS.	
Papuleuses. . .	3 jours. 8 ans.	21 mois. . .	Au-dessous de la moyenne. .	8
			Au-dessus de la moyenne . .	4
Tuberculeuses. .	3 mois. 10 ans.	5 ans. . . .	Au-dessous de la moyenne. .	2
			Au-dessus de la moyenne . .	2
Pustuleuses . . .	2 mois. 14 mois.	7 mois. . . .	Au-dessous de la moyenne. .	2
			Au-dessus de la moyenne . .	1
Ulcérantes. . . .	6 mois. 21 ans.	8 ans	Au-dessous de la moyenne. .	4
			Au-dessus de la moyenne . .	4
Tuberculo-ulcérantes.	1 mois. 36 ans.	8 ans et demi.	Au-dessous de la moyenne. .	6
			Au-dessus de la moyenne . .	2

Moyenne générale : 4 ans 9 mois.

Ces résultats cadrent singulièrement avec quelques-uns

de ceux auxquels les auteurs sont arrivés. Tous ils sont d'accord pour présenter la syphilide pustuleuse comme celle qui survient le plus souvent en même temps, ou immédiatement près les symptômes primitifs, et nous trouvons pour moyenne sept mois, et pour limites extrêmes deux mois et quatorze mois. La même observation a été faite sur la syphilide papuleuse, et le calcul nous donne vingt mois pour moyenne, trois jours pour la limite la plus rapprochée. Les syphilides, rangées d'après la rapidité de leur apparition, occupent donc l'ordre suivant : pustules, papules, tubercules et ulcérations (1).

TROISIÈME QUESTION.

» *Existe-t-il entre la nature des symptômes primitifs* » *et celle des syphilides consécutives un rapport tel, que* » *certaines éruptions ne succèdent jamais qu'à tel ou tel* » *signe d'infection ?* »

Déjà Fabre (1782) regardait les accidents qui surviennent après la blennorrhagie comme différents de ceux qui succèdent aux chancres.

Benjamin Bell (1793), en établissant que le virus gonorrhéïque était différent de celui des chancres, émettait implicitement une opinion analogue. Mais ces idées n'avaient été que vaguement indiquées jusqu'en 1815. A

(1) La différence d'un an qui existe entre la moyenne que nous avons obtenue (voy. le tableau précédent) en prenant pour point de départ les symptômes primitifs, et celle où nous conduit la considération des syphilides, provient de ce que, dans le second cas, nous n'avons fait usage que des observations où il n'y avait eu qu'une seule infection.

cette époque, Richard Carmichael, vice-président du Collége des chirurgiens d'Irlande, publia un ouvrage fort remarquable, plein d'observations détaillées, dans lequel il donne d'abord une classification des diverses espèces de chancres, qui a été admise par Rayer, Handschuh et plusieurs autres. Il les divise en ulcère simple (*simple primary ulcer*), ulcère à bords élevés sans induration (*ulcer with elevated edges without induration*), ulcère phagédénique (*phagedenic ulcer*), ulcère à bords élevés avec induration (*callous ulcer*), et ulcère gangreneux (*sloughing ulcer*). Il regarde ces différentes espèces de chancres, joints à la blennorhagie et aux bubons, comme la cause des syphilides; mais il croit que certaines syphilides ne succèdent jamais qu'à un ou plusieurs de ces symptômes primitifs, isolés ou réunis. Ainsi la syphilide papuleuse succède uniquement au chancre simple, à la gonorrhée virulente et aux excoriations accompagnées d'écoulement : la syphilide pustuleuse au chancre à bords élevés : les tubercules, les taches et les ulcérations au chancre phagédénique : le *Psoriasis* au chancre huntérien. Ces doctrines trouvèrent peu de partisans. M. Biett, dans ses cliniques, a souvent présenté des sujets qui démentaient les assertions du chirurgien anglais ; ses élèves, MM. Gibert, Humbert (p. 55), Casenave et Schedel ont apporté de nouvelles preuves à l'appui de l'opinion de leur maître. S'il faut en croire M. Hennen, la distinction de différentes espèces de chancres est de peu d'importance, eu égard aux syphilides consécutives : « J'ai vu souvent, dit-il (p. 536), des éruptions de même nature succéder à un chancre profondément excavé et à une simple ulcération. » Il a observé toutes les formes à la

suite du chancre huntérien et du chancre simple. Dans un tableau analytique de quarante-quatre malades, traités sans mercure dans les hôpitaux militaires d'Écosse en 1817, 1818, 1819 (p. 550), on voit toutes les espèces de syphilides succéder aux chancres, depuis l'exanthème jusqu'aux ulcérations. M. Rayer a observé (p. 825) des tubercules précédés du chancre huntérien, et toutes les formes éruptives après le chancre simple (p. 352). M. Bonorden fait (p. 137) une remarque fort importante : c'est que Carmichael, regardant comme syphilitique le chancre huntérien seulement, et ne traitant par le mercure que les individus qui en étaient affectés, a pu ainsi donner une physionomie particulière aux syphilides qui lui succèdent, et qui sont toutes des *Psoriasis*. M. Pailloux, prop. XVIII, dit aussi : « Tel ou tel symptôme consécutif ne correspond pas toujours à tel ou tel symptôme primitif. » Il arrive souvent, en effet, que, sur trois individus qui ont eu un écoulement syphilitique, il survient chez l'un un exostôse, chez l'autre une ulcération au voile du palais, chez le troisième des pustules ou des tubercules à la peau.

N'ayant pas observé moi-même les symptômes d'infection sur la plupart de mes malades, je ne puis rien dire de ce qui a trait aux différentes espèces de chancres ; mais je puis m'assurer s'il est vrai, comme le professe Carmichael, que la blennorrhagie, par exemple, ne donne jamais lieu qu'à des éruptions papuleuses. Or, voici ce qui résulte de l'observation de douze malades affectés de lichens :

Six avaient eu des chancres.

Quatre, une blennorrhagie.

Deux, une blennorrhagie et des chancres.

En supposant (ce qui est possible) que ces chancres fussent tous de simples ulcérations, ce résultat serait d'accord avec celui de l'auteur anglais. Je ne possède que trois cas de véritables pustules; tous les trois sont dus à des chancres, résultat qui est encore d'accord avec celui de Carmichael, en supposant que les chancres fussent tous à bords élevés. Mais je ne puis soutenir, à son exemple, que les tubercules et les ulcérations secondaires reconnaissent toujours pour cause des chancres seulement; car, sur les vingt-et-un cas que j'analyse, j'observe toutes les espèces des symptômes primitifs, isolées ou combinées entre elles de toutes les manières possibles, et, en particulier, neuf cas, où il n'y a eu qu'une blennorrhagie pour tout symptôme antérieur.

Je ne saurais donc admettre que la blennorrhagie n'est jamais suivie que d'éruptions papuleuses, et j'invite le lecteur à lire, pour s'en convaincre, l'observation N° IX.

Le tableau suivant est destiné à prouver que toutes les syphilides, les *vraies* pustules exceptées, succèdent indifféremment à tous les symptômes primitifs, isolés ou combinés entre eux.

TABLEAU

Destiné à démontrer que tous les symptômes primitifs donnent lieu indifféremment à toutes les espèces de syphilides.

NATURE DES SYPHILIDES.	NOMBRE DES CAS.		NATURE DES SYMPTÔMES PRIMITIFS.
S. papuleuses . .	12 . . .	3	Blennorrhagie.
		1	Blennorrhagie et bubon.
		5	Chancres.
		1	Chancres et bubon.
		2	Chancres et blennorrhagie.
S. tuberculeuses.	4. . . .	1	Blennorrhagie.
		1	Blennorrhagie et bubon.
		1	Chancres.
		1	Chancres et bubons.
S. pustuleuses. .	3. . . .	3	Chancres.
S. tuberculo-ulcérantes. . . .	8. . . .	4	Blennorrhagie.
		1	Chancre.
		1	Chancre et bubon.
		1	Végétation sur le gland.
		1	Inoculation par une blessure.
S. ulcérantes. . .	8. . . .	2	Blennorrhagie.
		2	Blennorrhagie et orchite.
		3	Chancres et bubons.
		1	Chancres et blennorrhagie.

QUATRIÈME QUESTION.

« A quel âge les syphilides apparaissent-elles le » plus fréquemment chez l'homme adulte ? »

Quoiqu'il soit facile de préjuger la solution de ce pro-

blème, il était intéressant néanmoins d'avoir quelque chose de précis à cet égard.

Sur 52 individus, les limites extrêmes ont été 17 ans et 70 ans.

La moyenne, 34 ans.

Hommes au-dessous de la moyenne,		33
— au-dessus,	—	19

CINQUIÈME QUESTION.

« *Quelle est l'influence du traitement des symptômes* » *primitifs, et en particulier celle du mercure, sur l'appa-* » *rition des syphilides?* »

Dès les temps les plus reculés, tous les auteurs qui ont écrit sur les syphilides se sont partagés en deux camps, les partisans du mercure et ses adversaires. J'ai déjà rassemblé un grand nombre de matériaux à cet égard, et j'ai l'espoir de publier, dans la suite, un mémoire où je réunirai tout ce qu'on a déjà tenté pour résoudre cette question qui est encore aussi loin d'une solution satisfaisante que le premier jour qu'elle a été soulevée. J'invite ceux qui croiraient que j'exagère à lire les procès-verbaux des séances tenues par les médecins de Nantes, en juillet 1835, pour discuter la valeur des doctrines nouvelles relativement à la nature et au traitement de la syphilis. Il s'oppose, en effet, à la solution de ce problème des difficultés presque insurmontables que je vais exposer en peu de mots.

Et d'abord, le problème est-il réellement susceptible de solution?

On admet *à priori* que le mercure doit avoir une in-

fluence pour prévenir ou déterminer les affections consécutives. Mais en y réfléchissant bien, on ne conçoit nullement pourquoi il en serait ainsi. Nous voyons des ulcérations guérir sous l'influence d'un traitement mercuriel; mais ce n'est pas une raison pour lui attribuer une vertu prophylactique, qui lutterait indéfiniment contre le virus qui dort dans l'économie. Je ne sache point qu'on se soit encore avisé de chercher si les pneumonies traitées par l'émétique à haute dose étaient plus ou moins sujettes à récidiver que celles qui avaient été combattues par la saignée. Mais en supposant le problème susceptible de solution, il ne le sera qu'à certaines conditions. On a vu, dans la première partie de ce mémoire, que les moyennes de l'intervalle de temps écoulé entre les symptômes primitifs et les affections cutanées secondaires étaient souvent de plusieurs années; nous avons reconnu que ces intervalles pouvaient être de trente ans et plus; par conséquent, c'est seulement lorsqu'un individu est mort qu'on peut affirmer qu'il n'a pas eu de symptômes consecutifs. Ainsi tous les tableaux statistiques dressés par les chirurgiens militaires, tels que MM. Devergie, Desruelles, Hennen, ne sont-ils concluants que pour l'espace de temps pendant lequel les malades sont restés sous leurs yeux, après la guérison des symptômes d'infection.

Un second élément dont il faudrait tenir compte, c'est la nature du traitement mercuriel employé, sa durée, ses effets sur l'économie; car nous ne pouvons pas affirmer si les effets du sublimé, du calomel, du proto-iodure de mercure, des frictions, des fumigations sont analogues. Nous sommes même certains que leur mode d'ac-

tion est fort différent; car nous voyons tous les jours un de ces médicaments réussir là où l'autre avait échoué. Or, les auteurs n'ont pas toujours tenu compte des formes si variées sous lesquelles le mercure avait été administré. Aussi tous les chiffres donnés par la statistique sont-ils contradictoires ; je vais en citer quelques-uns.

Résultats en faveur du traitement non mercuriel.

Il est entré dans les hôpitaux de Suède, en 1826, 305 malades avec des rechutes de syphilis. 94 avaient été traités par les antiphlogistiques, 19 par des fumigations, 174 par le mercure, 18 par des moyens locaux. Ainsi donc le traitement mercuriel présente 43 rechutes de plus que la méthode simple.

Dans le même pays on a vu que, sur 16,985 vénériens traités de 1822 à 1827, les rechutes étaient dans les proportions suivantes :

Après le traitement par la diète, 7 1/2 sur 100

Après le traitement mercuriel, 14 sur 100

Voyez Konig. Sundhets, Collegii circulaire bref, till. Lœkare (Bullet. de Férussac, v. 13, p. 154).

M. Desruelles (second mémoire), sans prétendre que le traitement simple ne soit jamais suivi de récidives, dit (p. 375) que, sur 900 militaires sortis guéris par ce traitement, de juin 1825 à juillet 1827, 38 seulement sont rentrés pour récidives en 1827 et 1828. On voit que ce calcul ne s'applique qu'aux rechutes qui ont lieu dans l'espace de trois ans après les symptômes primitifs. Nous avons même lieu de penser que cet intervalle est beaucoup plus court, et ne s'étend qu'à un an tout au plus ; car M. Desruelles, analysant ces 38 cas, donne les intervalles sui-

vants pour chacun d'eux : 5 dans les premiers quinze jours, 7 dans le mois, 1 au bout de quarante-trois jours, 3 au bout de soixante jours, 5 du soixante-dixième au quatrevingtième jour, 7 du quatrième au sixième mois, 3 du septième au neuvième mois.

M. Handschuh a traité, en 1829, dans les hôpitaux de Munich, 139 syphilitiques sans mercure, et n'a vu, dit-il, aucune récidive jusqu'à la publication de son ouvrage, qui eut lieu en 1831 (1).

Résultats en faveur du traitement mercuriel.

M. Hennen, chirurgien militaire anglais, avoue, après avoir déclaré qu'il est partisan du traitement simple, que

(1) Beaucoup de personnes regardent le traitement simple comme une méthode nouvelle, et en font honneur à la doctrine physiologique; mais l'idée d'attribuer au mercure les symptômes consécutifs de la syphilis est aussi ancienne que la maladie elle-même. Antonius Gallus disait déjà, en 1540, dans son mémoire *de ligno sancto* (gayac) *non permiscendo* (Aphrod., p. 464) : « Ulcera enascuntur » maximè in iis quos argento vivo illitos percuratos redux ex contactu morbus repetit; » et Gabriel Fallope, en 1566 (Aphrod., p. 837) : « Corrumpuntur ossa palati, et scitis quòd non in omni inveterato morbo gallico hoc fit, sed in illis in quibus inunctio facta » est cum hydrargyro; si non sanantur (inuncto hydrargyro), » valentior fit lues, labefactantur viscera et partes solidæ corporis, » et aliquandò hujusce modi medicamentum remanet in humano » corpore, multi marasmo corripiuntur ob inunctionem; multis succe- » dit dentium casus, palati corruptio; his ossa capitis exesa manent, » illis os et facies intorta; ego reperii homines inunctos per trien- » num ante et venientibus gummatibus in tibiis detecta esse; vidi » collectum ibi argentum vivum. Hâc ratione, non probo medica- » mentum. »

les éruptions sont beaucoup plus communes chez ceux qui n'ont pas fait de traitement mercuriel que chez les malades qui ont fait usage de ce médicament. Ainsi il a trouvé que, pour les récidives dans l'intervalle de deux ans, celles du traitement simple étaient d'un sur 20, celles du traitement mercuriel d'un sur 45 environ.

M. Rose (transact. médico-chir., vol. VIII) a vu le tiers des individus traités sans mercure présenter des symptômes secondaires; mais tous ces auteurs sont d'accord pour proclamer la bénignité des symptômes secondaires observés chez les malades qui n'ont pas pris de mercure. C'est ce qui les a souvent déterminés à y renoncer dans la pratique des hôpitaux militaires. Les récidives proportionnelles obtenues par les autres chirurgiens anglais sont 1 sur 13 (Hill), 1 sur 15 (Thomson), 1 sur 20 1/2 (Macgregor). Sur 50 cas de récidives, M. Pailloux a vu qu'il y en avait 22 après le traitement mercuriel, 28 après le traitement antiphlogistique. Mes résultats ne s'accordent pas avec les siens. Sur 45 cas, je trouve 28 syphilides survenues après le traitement mercuriel, 17 après le traitement simple. Il est vrai que je ne parle que des syphilides chez les hommes, tandis que les autres auteurs comptent les récidives en général, et chez les deux sexes; ainsi donc les chiffres ne sont pas parfaitement comparables.

Les résultats contradictoires obtenus par les auteurs porteraient à penser que l'influence du mercure pour prévenir la syphilis consécutive n'est pas aussi grande qu'on le croit, et qu'il est aussi absurde d'attribuer tous les symptômes secondaires au mercure, que d'affirmer qu'il les prévient tous, puisque les statisticiens de bonne foi ont vu des rechutes après que l'une ou l'autre méthode avait

été mise en usage; et la différence qui existe entre les proportions obtenues n'est pas, comme on l'a soutenu, une preuve sans réplique contre l'application de la statistique à la médecine (1).

En effet, vous cherchez quelle est l'influence du traitement mercuriel sur les récidives d'une maladie; vous arrivez à des résultats variables. Qu'en conclure? c'est que cette influence est nulle ou a été mal appréciée, et qu'il ne faut pas chercher la cause de l'apparition des syphilides, dans le mode de traitement des symptômes primitifs, mais ailleurs. Je reviens à ma comparaison de la pneumonie. Deux médecins discutent pour savoir si les rechutes ont été plus fréquentes après la saignée ou après le tartre stibié; ils établissent des chiffres comparatifs; mais la variabilité des résultats leur apprend que l'élément auquel ils s'attachent ne renferme pas la solution de la question, de même que le mathématicien, quand il obtient pour la valeur de l'inconnue une expression de la forme $\frac{0}{0}$, est averti que les données du problème ne peuvent conduire à une solution déterminée. Je suppose maintenant qu'un troisième observateur recherche si les rechutes des pneumonies sont plus fréquentes chez les individus affectés de tubercules, que chez les autres, celui-là ayant reconnu la vraie cause arrivera certainement à une solution. M. Becker (de Berlin), qui a publié un résumé très-consciencieux des ob-

(1) M. Ricard partage la même conviction; car il dit (*Gazette médic.*, août 1835) : « Les mercuriaux employés dans la curation des symptômes primitifs ne sont pas prophylactiques des symptômes secondaires. »

servations faites en Angleterre sur ce sujet dans Horn's *Archiv für medicinische Erfahrung* (janvier 1826), partage aussi mon opinion sur la *non-influence du traitement mercuriel pour prévenir ou déterminer les syphilides.* Et en 1836, il faut en revenir à ce que le savant Astruc disait déjà un siècle auparavant (p. 427) : « Ut nonnulli adsunt » qui ab hydrargyro abhorrent sine causâ, sic contrà non » desunt qui eidem nimium credant. Quantumvis enim » mercurius remedium sit opiferum et efficax, non ideò » tamen sequitur hujus usu omnia symptomata quæ a » lue venereâ inducta semper deletum iri. »

(*La suite et la fin au prochain cahier.*)

EXTENSION, MASSAGE

ET PERCUSSION CADENCÉE

DANS LE TRAITEMENT DES CONTRACTURES MUSCULAIRES ;

PAR M. RÉCAMIER,

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc.

Les fonctions propres de tous les organes peuvent être troublées directement ou indirectement, les perturbations pouvant partir d'un organe différent de celui dont l'état de maladie est évident. Les fonctions contractiles des muscles soumis et non soumis à la volonté paraissent dans ce cas. Souvent en effet j'ai observé des contractures musculaires permanentes dans divers muscles, dans les sterno-cléido-mastoïdiens, dans les muscles des membres,

dans les sphincters; et chacun sait quelle résistance opposent ces affections aux moyens calmants, antispasmodiques, dérivatifs, émollients, etc. Je crois devoir présenter aux réflexions des observateurs les faits suivants :

1er FAIT. — Je fus, il y a dix-huit ans environ, consulté par un père de famille de province, âgé de cinquante-cinq ans, qui, depuis quatre ans et demi, était cloué sur son lit par une douleur du côté droit du cou, de l'épaule et du bras droit, tellement atroce, que le moindre mouvement lui arrachait des cris aigus. Divers moyens adoucissants et calmants avaient été inutiles, ainsi que les bains tièdes et divers dérivatifs. Je conseillai sans plus de succès différents antispasmodiques, différents liniments, les pilules de Méglin, etc. Cette résistance me fit douter du caractère névralgique de cette douleur : je ne pus savoir s'il y avait tension des muscles pendant les paroxysmes. Je conseillai la percussion en cadence faite avec la main sur la partie douloureuse, d'une manière élastique. La femme du malade saisit si parfaitement la manière d'employer ce moyen, d'abord avec douceur et ensuite avec force, qu'en peu de temps le malade fut délivré de cette atroce douleur; il put quitter son lit et reprendre ses fonctions de juge-de-paix à Liancourt, je crois. Deux mois après, il vint à Paris me remercier; mais je ne pus constater directement à quel genre d'affection locale j'avais eu affaire. Je pris cependant note de ce fait, précédé de plusieurs autres plus ou moins analogues.

2e FAIT. — Une jeune fille, de petite stature, bien réglée depuis l'âge de treize ans, éprouva à dix-huit ans une pleurésie dont elle fut traitée à l'Hôtel-Dieu de Paris

en 1836. Au commencement de 1837, étant retournée à Crepières, son pays, elle mit les mains dans l'eau froide pour laver du linge. Les règles, qui étaient diminuées de quantité depuis plusieurs mois, diminuèrent encore davantage. Il survint de l'oppression, du malaise et de la dyspnée, qui l'obligèrent à venir réclamer de nouveaux soins à Paris. Au mois de mars 1837, étant rentrée à l'Hôtel-Dieu, on lui fit appliquer des sangsues aux parties sexuelles : mais alors le bras, l'avant-bras, la cuisse et la jambe gauches devinrent d'une raideur inflexible, avec rétention d'urine et difficulté très-grande d'aller à la garde-robe. La saignée, des calmants, des antispasmodiques, en boissons, en lavements, en applications externes, furent inutilement employés, et cette jeune personne resta deux mois entiers dans cette situation de raideur des membres gauches, avec rétention des urines et des matières stercorales. Fatigué de l'opiniâtreté de la constipation et de la rétention d'urine, qui obligeaient à la sonder deux fois par jour, j'examinai l'état du rectum. Cet intestin ne contenait pas de matières endurcies, mais son sphincter était très-serré; je le dilatai : la douleur que je causai cessa immédiatement et les garde-robes devinrent plus faciles. Ce premier résultat me conduisit à masser le col de la vessie contre le pubis, au moyen d'un doigt porté dans le rectum, et la rétention d'urine cessa comme la constipation. Ces deux succès me firent alors rapprocher la contracture des membres gauches de celle des sphincters, et je résolus de vaincre avec mesure la résistance des muscles contractés depuis si long-temps d'une manière permanente, en agissant comme dans les crampes ordinaires. L'examen plus attentif des membres

affectés m'y fit reconnaître une sorte d'hypertrophie musculaire athlétique relativement au volume de la personne. Je commençai par le bras, et ce ne fut pas sans de grandes difficultés que je surmontai peu à peu, tantôt par des efforts continus, tantôt par des efforts en cadence, la résistance qu'opposaient les muscles extenseurs de l'avant-bras à sa flexion, les muscles des doigts à leur extension, et ceux de l'épaule et du bras au mouvement de cette partie sur l'épaule. A force de patience, le bras fut fléchi, la main ouverte et le bras éloigné du corps; alors, saisissant la main, j'agitai le membre en imitant le mouvement du sonneur de cloche. Aussitôt cette jeune fille recouvra et conserva la liberté du mouvement du bras gauche, non sans avoir éprouvé les douleurs les plus vives pendant les efforts qu'avaient demandés l'opération, mais avec la circonstance qu'elles cessèrent instantanément aussitôt que la résistance musculaire eut été vaincue. Je m'occupai alors de la jambe et de la cuisse; mais il ne fallut pas moins que la force de trois personnes pour fléchir peu à peu le genou et ensuite la cuisse sur le bassin; puis on agita le membre inférieur, comme on avait fait pour le bras, et la malade récupéra immédiatement et si bien la liberté des mouvements, qu'elle se leva, marcha et fit du service dans la salle pendant le temps qu'elle y passa encore avant de retourner dans son pays.

Elle a eu une récidive à la fin de novembre passé, mais beaucoup plus facile à dissiper.

3[e] FAIT. — Au printemps de 1837, un jeune homme de quinze à seize ans fut amené chez moi, la tête fixée contre l'épaule gauche, depuis deux mois environ, par la contracture des muscles du côté gauche du cou. Les

muscles contractés furent étendus peu à peu, la tête agitée avec précaution, et l'enfant s'en retourna guéri, sans que son torticolis ait reparu. Les douleurs vives de l'extension des muscles cessèrent à l'instant où elle fut terminée.

Plus tard, il s'est déclaré chez ce sujet des symptômes épileptiques, puis des symptômes d'une phthisie pulmonaire, à laquelle il a succombé.

4ᵉ FAIT. — Dans le même temps, une jeune fille de onze ans, délicate, lymphatique, toussait depuis une rougeole qu'elle avait eue quatre mois auparavant, et portait un torticolis très-douloureux à droite. L'extension fut faite : les douleurs cédèrent ainsi que le torticolis, mais sans avantage ni désavantage pour l'affection de poitrine, dont elle tient la disposition de sa mère.

5ᵉ FAIT. — Il y a vingt-cinq ans environ que je fus consulté pour une dame horriblement souffrante d'une fissure pour laquelle M. Boyer avait fait la section du sphincter de l'anus, ce qui n'avait pas empêché la récidive. Je soulageai avec des injections d'une demi-once d'huile de jusquiame et des onctions d'onguent populéum, rendu calmant. J'en étais resté dans les cas analogues à ces moyens, aux demi-bains et aux cataplasmes calmants, etc., lorsqu'ayant échoué, il y a cinq ou six ans, chez une demoiselle âgée de vingt-huit ans, qui souffrait horriblement de l'anus, et surtout en allant à la selle, je constatai des fissures qui remontaient très-haut dans le sphincter avec décollement de la muqueuse. Pour exciser les parties de muqueuse dédoublées et cautériser avec le nitrate d'argent, M. le docteur Masson de Kerloi et moi fûmes obligés de dilater le sphincter, et la malade fut

parfaitement guérie. Je ne tins pas compte alors de la part que la dilatation du sphincter pouvait avoir eue à la guérison sans récidive.

6e FAIT. — Une jeune dame de vingt-cinq ans souffrait cruellement, depuis deux ans, de l'anus, et surtout en allant à la selle. Elle accusait des hémorrhoïdes. Je reconnus de petites fissures et une contracture très-forte du sphincter. La cautérisation simple, avec peu de dilatation du sphincter, fut suivie d'une grande augmentation de douleurs ; la dilatation complète, accompagnée de douleurs très-vives, qui cessèrent immédiatement comme chez la jeune fille du deuxième fait, fut immédiatement suivie de soulagement. La guérison a été complète après une seconde dilatation.

— Un homme de quarante-cinq ans me fut amené par M. le docteur Catois, au sujet de douleurs violentes à l'anus, et surtout en allant à la selle. Ses souffrances duraient depuis deux ou trois ans environ. De très-légères fissures furent reconnues avec une constriction très-raide du sphincter de l'anus : la dilatation fut opérée à deux reprises, sans autre moyen, et la guérison a été radicale depuis sept ou huit mois.

D'autres cas analogues ont montré les mêmes résultats.

Je me suis contenté, lorsque les fissures m'ont paru le demander, de faire oindre l'anus avec l'onguent populeum simple ou légèrement opiacé, ou de faire injecter de l'huile de jusquiame. Ces moyens, séparés de la dilatation, adoucissent mais ne guérissent pas, et avaient échoué chez la demoiselle et la jeune dame dont je viens de parler, comme aussi chez d'autres.

Lorsqu'on peut soutenir le côté de l'anus qui correspond à une fissure profonde pendant qu'on va à la garde-robe, cela diminue le déchirement. On pince le point de la marge de l'anus correspondant à la fissure avec les doigts, pendant la défécation, afin que la dilatation excrétoire se fasse dans les points qui n'ont pas de fissures.

7e FAIT. — Il y a plusieurs années que je fus mandé pour une dame de quarante-cinq ans, que je trouvai dans les tortures d'une colique nerveuse atroce et apyrétique. Elle se roulait dans son lit et jetait les hauts cris. L'ayant fait placer en supination, j'étendis mes deux mains ouvertes sur son ventre, et je commençai une compression graduée, sous l'influence de laquelle l'atrocité des douleurs diminua immédiatement. La même chose m'était déjà arrivée auparavant. Je fis approcher la femme-de-chambre, et après l'avoir fait monter sur un tabouret auprès du lit, je la fis doucement asseoir sur le ventre de sa maîtresse, dont les douleurs cessèrent peu à peu. Elles recommencèrent pendant la nuit suivante : la mal de sonna sa femme-de-chambre, qui les dissipa immédiatement par la compression, et elles ne reparurent plus.

Dans d'autres cas, j'ai employé avec succès une ceinture faite avec une serviette ou avec une petite nappe de table, selon le volume de la personne, et en ajoutant, au besoin, un coussin sur le ventre.

Dans d'autres circonstances de coliques nerveuses apyrétiques, j'ai pu distinguer, à travers les parois abdominales, les circonvolutions intestinales comme des serpents. Alors, j'ai non-seulement comprimé, mais palpé

largement avec précaution, c'est-à-dire, massé le ventre et les intestins, et leur état de contraction a cessé ainsi que les douleurs. Cela fut très-remarquable sur une dame de trente-neuf ans, il y a peu de mois.

Quelle application y a-t-il à faire de ces données dans les cas d'iléus apyrétiques qui amènent des invaginations? Existe-t-il un autre moyen que le massage du ventre pour faire cesser le spasme invaginateur lorsque les purgatifs ou laxatifs par l'estomac ou le rectum sont absolument inutiles?

8e FAIT. — Consulté, il y a quelques années, pour des douleurs hypogastriques vives, et cependant apyrétiques, par une dame de trente-deux ans, j'examinai l'utérus, dont l'orifice se trouva dans l'état sain ; je reconnus des inégalités sur la partie postérieure de cet organe, en l'examinant par le rectum. L'organe saisi entre ma main gauche, placée sur l'hypogastre, et le doigt de la main droite placé dans le rectum, je palpai les inégalités utérines dont je viens de parler, et je fus étonné de les sentir successivement disparaître, tandis que la malade, qui d'abord avait souffert davantage, m'annonçait qu'elle ne souffrait plus. Ces bosselures ayant été ainsi dissipées trois ou quatre fois, les douleurs cessèrent de reparaître. Des irrigations vaginales ont été employées avec de l'eau simple tempérée; des lavements d'eau tempérée, un régime simple, une ceinture et une garniture pour comprimer un peu le siége avec un coussinet, ont été les moyens accessoires.

Quel rapport y a-t-il entre la cause de ces douleurs utérines et des spasmes partiels de l'utérus, qui est éminemment contractile? Des cas analogues se sont offerts à

moi depuis celui-ci, mais toujours chez des femmes ayant eu des enfants, ou même accouchées depuis peu.

9e FAIT. — Un jeune homme fut saisi de douleurs violentes dans le ventre, avec spasme évident des intestins, et de plus une dyspnée considérable et suffocante. Il était sans fièvre. J'employai le massage du ventre et des fausses côtes, vers les attaches du diaphragme. Il fut soulagé des douleurs et de l'oppression; mais les sangsues au siége, les ventouses sèches, les laxatifs et les calmants ont concouru à la cure, à cause des récidives.

— Une jeune dame, accouchée par M. Guersent fils, fut prise de coliques violentes et apyrétiques, avec symptômes de spasmes intestinaux. La compression du ventre, la boisson et les lavements d'eau tempérée soulagèrent, et les douleurs se terminèrent sous l'influence de ventouses sèches appliquées par M. Guersent.

10e FAIT. — Il y a quelques années, le docteur Parent-Duchâtelet m'adressa à l'Hôtel-Dieu une demoiselle de trente ans environ, affectée depuis plusieurs mois d'un hoquet permanent et apyrétique, dont les secousses spasmodiques étaient si violentes, qu'elles agitaient et soulevaient les membres et le corps de la personne. Cette affection spasmodique avait résisté aux calmants, aux antispasmodiques et aux divers moyens qui avaient été employés par M. Parent depuis le commencement de la maladie. Je fis placer un petit coussin sur le ventre, qui fut ensuite comprimé avec un bandage de corps. Aussitôt la compression du ventre établie, le hoquet et les secousses spasmodiques du tronc et des membres cessèrent, et la malade retourna chez elle guérie, avec la simple obligation de porter une ceinture pendant long-temps.

J'ai cru devoir relater ici ce fait, quoiqu'il n'appartienne pas aux contractions permanentes du diaphragme, à cause des inductions qu'on en peut tirer pour certains spasmes cloniques.

11e FAIT. — Je fus mandé à Versailles, au printemps de 1837, par une dame âgée de cinquante ans environ, traitée par M. le docteur Bataille. Elle souffrait d'une manière atroce depuis plusieurs mois; un grand nombre de moyens calmants, dérivatifs, etc., avaient été inutiles. En examinant la malade, qui passait son temps dans un fauteuil, je trouvai que les muscles de la partie postérieure du cou, très-contractés, étaient le siége des douleurs atroces qu'éprouvait cette dame depuis quatre mois environ. Le massage fut aussitôt commencé, et, au prix de douleurs violentes instantanées, la malade fut laissée sans souffrance. Elle a eu de simples ressentiments depuis.

Je ne sais si j'ai pu me faire bien entendre de la malade et de sa famille sur l'importance du massage dans les douleurs causées par des crampes musculaires qui cèdent toutes au massage, ou à la simple compression, ou à l'extension des muscles affectés.

12e FAIT. — Mademoiselle F., âgée actuellement de vingt ans, fut traitée en 1834 de diverses indispositions chlorotiques par M. le docteur Colson, de Beauvais. Les préparations ferrugineuses, les bains frais, des frictions stimulantes, un bon régime, et la gymnastique des grandes fermes, furent employés avec succès. Dans le mois de mai 1835, ayant mis les mains dans l'eau très-fraîche, pour laver, elle éprouva du malaise, une éruption faciale, fugace, puis une incurvation du tronc à gauche, de ma-

6.

nière à lui faire faire un angle de 45 degrés avec l'axe vertical du bassin; et, dans le même temps, l'épaule droite remontait presqu'au niveau de la tête, avec serrement très-fort de l'avant-bras droit contre le bras. Tel était l'état de la jeune personne, lorsqu'elle fut vue à Paris par M. Andral, par M. Marjolin, je crois, par M. Colson et par moi. On avait employé des sangsues et des ventouses sur l'épine dorsale, des bains, etc., sans avantage, sur une jeune personne forte et bien constituée. Un traitement gymnastique, des fumigations, de nouvelles sangsues, de nouvelles ventouses, des embrocations et un régime approprié furent convenus et restèrent sans résultat, ainsi que les antispasmodiques qui furent employés.

Plus tard, elle fut confiée aux soins de M. Jules Guérin, à la Muette, où elle essuya d'abord un rhumatisme aigu très-long, et d'où, après quinze mois environ, elle sortit à-peu-près dans l'état où elle y était entrée. Plus tard elle alla passer huit mois à Morlaix, chez M. Humbert, et en revint dans l'automne passé, l'avant-bras collé au bras droit, l'épaule du même côté remontée d'une étrange manière, et le tronc incliné à gauche, c'est-à-dire à peu près dans la même situation qu'auparavant.

C'est après son retour de Morlaix, que, de concert avec M. le docteur Colson, et forts de l'observation de la jeune fille qui fait le sujet du deuxième fait, nous commençâmes le même traitement.

La jeune malade éprouva des douleurs très-fortes par l'extension graduée de l'avant-bras droit combinée avec le massage du biceps: la volonté semblait avoir perdu son empire sur ce muscle, dont la contracture pendant plus de trois ans pouvait avoir fini par altérer la structure;

l'extension et le massage des muscles de l'épaule droite et du tronc à gauche lui causèrent au contraire un soulagement remarquable sans la faire souffrir; l'épaule resta abaissée, et récupéra aussitôt la liberté de ses mouvements. Il en fut de même du massage et de l'extension des muscles du côté gauche du tronc, qui se redressa immédiatement; mais l'extension du biceps brachial resta d'abord incomplète.

Depuis lors, M. Colson, de concert avec le docteur Guillet, a fait continuer cette gymnastique pour l'avant-bras droit surtout, avec un tel succès que cette jeune personne a repris peu à peu ses anciennes habitudes, tandis qu'auparavant elle vivait comme sequestrée, dans l'état de déformation où la retenait la contracture des muscles du côté gauche du tronc, de l'épaule et du bras droit.

Il est probable que le retard qu'a éprouvé le succès complet de ce traitement est dû à l'ancienneté de la contracture, remontant au mois de mai 1835, c'est-à-dire à près de trois ans et demi, au moment où je lui ai fait, avec M. Colson, l'application de l'extension musculaire et du massage.

On doit remarquer que la jeune personne qui fait le sujet du deuxième fait avait, comme celle qui fait le sujet de celui-ci, mis ses mains dans l'eau froide quelques jours avant l'explosion des accidents de contracture musculaire.

13ᵉ FAIT.— Le 20 décembre dernier, je fus mandé en consultation rue de P...., avec MM. Chevreux et Lisfranc, pour une dame âgée de trente-quatre ans, mère de plusieurs enfants. D'après le rapport qui fut fait par M. Chevreux, la malade avait éprouvé, quelques mois auparavant, des accidents hystériques, à la cessation desquels il se développa d'abord une douleur violente à la

région coccigienne, et ensuite à la région cervicale et occipitale, avec des retours paroxystiques prolongés et accompagnés de souffrances atroces qui lui arrachaient des *hurlements.* A travers ces scènes de douleur désespérantes, on eut à combattre des accidents inflammatoires épisodiques dans l'utérus et ses dépendances; la malade a été vue depuis lors en consultation par MM. Andral et Chomel.

L'histoire de la médication présente l'emploi des antiphlogistiques, des saignées générales et locales, des bains de diverses sortes par immersion et par effusion, des dérivatifs, des vésicatoires, des cautères, de la méthode endermique et de la méthode narcotique portée jusqu'à 75 grains d'extrait d'opium en 24 heures, en augmentant de 4 gr. par heure, et cela sans narcotisme. Mais l'application de 4 gr. d'extrait de datura stramonium sur un vésicatoire du cuir chevelu fut immédiatement suivie d'une sidération narcotique des plus graves, contre les accidents de laquelle M. le docteur Chevreux eut à lutter depuis le matin jusqu'au soir, par la saignée, les sinapismes, les diffusibles, etc., la malade n'ayant récupéré la connaissance que tard dans la soirée, époque où finit cette espèce d'agonie dont tout le bénéfice fut la suspension des douleurs coccigiennes et occipitales pendant 8 jours, après lesquels elles recommencèrent avec plus de furie qu'auparavant. Il est remarquable qu'après cette époque 1 seizième de grain d'extrait de datura stramonium à l'intérieur, détermina de nouveaux accidents de narcotisme. Depuis, de très-petites saignées, des adoucissants et des bains formaient toute la base du traitement, lorsque je fus demandé en consultation le 20 décembre dernier. Après avoir entendu les détails très-circonstanciés dont je

viens de donner un simple résumé, et après avoir examiné la malade, je proposai le plan de conduite suivant, comme moyen d'étudier la maladie.

1° Une ceinture hypogastrique avec une garniture pour comprimer et soutenir doucement le coccix et le podex au moyen d'un coussinet.

2° Des lavements antispasmodiques avec l'assa-fœtida seul ou avec le camphre, ou avec le castoréum, et peut-être quelques gouttes de laudanum.

3° Des pilules de musc seul, ou associé au camphre ou à l'assa fœtida.

4° Le sulfate de quinine en quart de lavements, dans de la purée d'amidon seule ou associée aux antispasmodiques et au laudanum, si la périodicité se dessinait plus clairement.

5° L'électro-puncture.

6° Le massage et l'extension des muscles qui se trouveraient en contraction dans les paroxysmes de douleurs.

Comme je tâchais de faire entendre à MM. Chevreux et Lisfranc sur quoi je me fondais pour proposer ce dernier moyen, on accourut dans l'appartement où nous étions réunis pour nous annoncer que la malade était prise d'un de ses paroxysmes qui duraient ordinairement plusieurs heures, trois ou quatre au moins. Nous nous rendîmes aussitôt auprès de la malade, dont les cris ou plutôt les hurlements nous avertirent de reste de la violence de ses souffrances. Sa tête était renversée en arrière, et ses traits décomposés par les convulsions et les contorsions de la douleur. Ayant reconnu la contraction violente des muscles de la partie postérieure du cou jus-

qu'à l'occiput, au dos et aux épaules, je priai M. Lisfranc de fixer l'épaule gauche de la malade en avant, et M. Chevreux d'en faire autant de la droite. Alors, d'une main je portai la tête en avant, tandis que de l'autre je massais les muscles contractés. Ayant fléchi la tête en avant avec de grands cris de la malade, je suspendis la manœuvre pour juger de la manière dont se comportait la douleur. La malade alors cessa de crier et annonça qu'elle était soulagée : le sourire remplaça même les convulsions de la douleur comme témoin irrécusable du soulagement. Je repris le massage et fis exécuter quelques mouvements à la tête : après lesquels l'attaque fut terminée.

Voilà donc une attaque douloureuse, ordinairement de plusieurs heures, réduite à quelques secondes, ou si l'on veut à une minute ou deux. Depuis le 20 décembre jusqu'au 7 janvier courant, il n'y a plus eu de violentes attaques; aucune n'a résisté au massage; et la malade, très-soulagée, est décidée à continuer le plan convenu avec son médecin ordinaire. Elle n'avait point éprouvé de rémissions semblables, d'après son rapport et celui de M. Chevreux, depuis le commencement de la maladie. Il est clair que cet amendement étant dû à des moyens qui ne s'usent pas facilement, on peut espérer qu'au lieu de diminuer il ira en augmentant.

Conclusion.

D'après ce qui précède :

1° On doit distinguer, pour le traitement, les spasmes ou contractures musculaires, qui ne partent pas du sys-

tème nerveux, mais constituent une lésion directe des fonctions contractiles des organes musculaires soumis ou non soumis à la volonté, c'est-à-dire sous la dépendance du système nerveux cérébro-spinal ou ganglionnaire.

2° Dans les contractures musculaires idiopathiques, dans les torticolis, dans les dyspnées, dans les coliques spasmodiques, dans les spasmes permanents des sphincters, etc., l'extension, la compression, les ventouses et le massage surtout cadencé, semblent devoir suffire au traitement, comme à celui des crampes ordinaires.

3° La section des muscles dans les torticolis et les contractures anales doit être rarement nécessaire, hors les cas de dégénérescence fibreuse ou de défaut congénial de longueur convenable de ces organes.

4° Je n'entends rien préjuger sur les applications qu'on pourrait vouloir faire de ce mode de traitement aux affections tétaniques, dans lesquelles les mouvements m'ont paru très-fâcheux jusqu'à présent, sans que j'aie pu constater encore si la simple compression, par ligature ou autrement, pouvait être utile dans ce cas, comme dans les crampes cholériques (1).

(1) Tout médecin versé dans l'observation et le traitement des maladies nerveuses, qui a connu par expérience la difficulté de découvrir des modificateurs appropriés aux diverses formes de ces anomalies de l'innervation, si variées, si bizarres, et quelquefois si compliquées, se sentira comme frappé d'un trait de lumière en considérant avec attention les faits rapportés dans cet article. Depuis que nous avons eu connaissance de ces faits, nous avons déjà fait quelques expériences du massage cadencé, avec un succès remarquable, notamment dans un cas de constriction de l'anus, et dans un cas de gastralgie opiniâtre. Honneur au génie médical de M. Récamier, qui a contribué plus qu'aucun autre médecin de ce siècle, à agrandir le domaine de la thérapeutique ! (N. R.)

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Nouveau Codex ou *Pharmacopée française*, rédigée par ordre du gouvernement. 1 fort volume in-8°. Chez Béchet jeune, libraire.

Après dix-huit mois de travail, la commission du Codex vient de terminer sa nouvelle édition.

Citons d'abord les noms des membres de cette commission : MM. Orfila, Andral, Duméril, Richard, Bussy, Caventou, Robiquet, Pelletier, Soubeiran et Royer-Collard.

En jetant les yeux sur cette liste de savants pharmaciens, chimistes, botanistes, etc., on se demande où sont les médecins praticiens : car M. Andral paraîtra sans doute un peu jeune pour représenter à lui tout seul, ou à peu près seul, la médecine pratique, dans cette œuvre officielle; on se demande où sont les chirurgiens qui auraient dû rédiger les derniers chapitres du codex, qui traitent des médicaments chirurgicaux. Aussi, feuilletez toute cette dernière partie, vous y trouverez des titres de chapitre et rien de plus, des têtes sans corps, des étiquettes sans contenu. Le chirurgien qui aura à prescrire quelques médicaments externes sera obligé de les formuler tout au long, voire même de décrire la manière de les préparer. Et pourtant le codex devrait être un signe convenu entre le pharmacien et lui.

Si ce codex est à peu près nul sous le rapport des médicaments externes, si les bains médicamenteux n'y sont pas même mentionnés, si, par conséquent, la dernière partie, contenant 13 chapitres, est absolument tronquée, on peut en dire autant d'une manière beaucoup trop générale, malheureusement, des 50 autres chapitres consacrés aux médicaments internes.

Que si nous avons bien saisi l'esprit du nouveau codex, voici l'inspiration qui a dirigé le plan du pharmacien qui l'a rédigé : formuler un *compendium* pharmaceutique dans le cadre le plus restreint possible, racheter la nécessité de renfermer la matière en un grand nombre de chapitres, en les abrégeant au point de ne donner souvent que deux ou trois formules sous forme d'exemple, après le préambule explicatif mis en tête de chaque chapitre.

Son titre devrait être : *Compendium* pharmaceutique, rédigé par une réunion de pharmaciens et de chimistes.

Sous le rapport pharmaceutique, son mérite peut être très-remarquable, nous le croyons même; mais un codex doit avoir deux faces, l'une pour le médecin et l'autre pour le pharmacien, et il faut qu'elles se reflètent l'une l'autre, que le pharmacien puisse saisir complètement et sans ambiguité la pensée du médecin qui prescrit, et que le médecin soit sûr, d'après le codex, de ce que le pharmacien exécutera. Du moment qu'ils peuvent cesser de se comprendre, c'est une vraie Babel, c'est la confusion des langues et des prescriptions.

Or, cette confusion arrive bien plus souvent qu'on ne pense : de là les plaintes si fréquentes sur l'infidélité des médicaments, de là la différence du même remède pris

chez des pharmaciens différents. Donc astreignez-les au codex, mais à un codex qui contienne le plus de formules possible, et faites en sorte par là que les médecins délivrent des ordonnances en harmonie avec le codex.

Ce fut une pensée sublime, ce fut une des plus heureuses applications de la centralisation, que celle de faire un code sacramentel, non-seulement entre tous les pharmaciens, mais surtout entre les médecins et les pharmaciens, par le moyen duquel ils n'auraient tous qu'une science, qu'une langue et qu'un formulaire.

Ce bienfait existe dans le nouveau codex sur plusieurs points; et c'est précisément parce que nous sentons combien cet avantage est précieux pour le petit nombre de formules qu'il contient, que nous désirerions qu'il en contînt un plus grand nombre, le plus grand nombre possible. Nous ne faisons aucun doute que ce besoin sera senti par beaucoup de médecins et de pharmaciens, et qu'enfin, peu à peu, le codex se remplira de formules confirmées par l'usage et par l'autorité des médecins célèbres. En vain la commission a-t-elle allégué qu'en ne donnant que le moins de formules possible, son intention avait été de laisser le médecin libre de *déterminer lui-même les substances qu'il veut associer, ainsi que leurs doses*. Mais vous ravalez le mérite d'un codex, vous en dénaturez le but, vous l'annulez autant qu'il est en vous, vous avez forfait à votre mission ; il y aura toujours trop de cas où le médecin sera obligé de formuler en dehors du codex; faites qu'il ait à en sortir le moins possible.

C'eût été une œuvre d'érudition digne de notre époque, que de recueillir ce que la science médicale et

pharmaceutique offrent de formules sanctionnées par l'usage, par les progrès de la chimie, et de les offrir aux médecins comme consacrées par l'expérience et l'autorité des médecins célèbres. Mais, avec le codex actuel, qu'un jeune médecin, sortant des cliniques des facultés, veuille employer une formule qu'il a vu employer par ses maîtres dans les hôpitaux, qu'il ne soit pas sûr, ce qui arrive presque toujours, de la composition de la formule, a quoi aura-t-il recours? au codex? mais le codex a donné comme à dessein le moins de formules possible. Au formulaire des hôpitaux? mais le formulaire des hôpitaux n'est pas officiel; il est malheureusement en dehors du codex. Et voilà que le médecin et le pharmacien ne vont plus s'entendre.

Prenons au hasard les principales omissions qui ont excité nos regrets.

Nous regrettons le *bolus ad quartanam* si répandu dans les hôpitaux et dans la pratique civile; nous le regrettons d'autant plus qu'il y a des variantes dans la manière de le formuler, même dans les hôpitaux de Paris.

Nous regrettons les pilules de Fuller, la limonade vineuse alcoolique, la limonade sulfurique, et plusieurs autres tisanes qu'on prescrit journellement dans les cliniques.

Nous regrettons le collyre sec de Dupuytren, les lotions de Dupuytren, et vingt autres formules dont toute une jeune génération médicale a vu les beaux effets sous Dupuytren, et dont il n'est dit mot dans le codex, lui qui a donné les pilules de Bacher (ce dont au reste nous ne lui faisons pas un reproche).

Nous regrettons le petit-lait de Weis, qui forme à lui seul une double médication, laxative et sudorifique, si

doublement utile aux femmes en couches, si doublement utile dans les maladies de la peau.

Nous regrettons la potion fébrifuge de Cayol, à cause de l'addition de l'opium, ce qui rend le spécifique et plus efficace et moins irritant. Nous nommons à dessein cette potion parce qu'elle formule à elle seule une méthode, la méthode de l'association de l'opium au quinquina.

Nous regrettons cent autres formules qui ont cours dans la pratique des hôpitaux et dans la pratique civile, et que vous chercheriez en vain dans le codex.

Qu'on nous pardonne la comparaison suivante à cause de l'idée exacte qu'elle nous semble donner des omissions du codex.

Prenez au hasard un livre de matière médicale, le petit formulaire de Richard, par exemple, que vous pourriez au besoin mettre dans votre tabatière; confrontez-le avec ce gros in-octavo de codex, dont une moitié est en papier blanc, et l'autre moitié en caractères gros comme ceux des heures à l'usage des aveugles; confrontez-les, et dites où il y a le plus de substance.

Savez-vous ce qui résulte de vos simplifications indéfinies et de vos retranchements continuels en matière médicale? C'est que plusieurs jeunes médecins en viennent à tellement simplifier leurs ordonnances, qu'on n'y voit plus que des préparations gommeuses, avec quelques variantes d'antispasmodiques et de calmants. Or, souvent autant vaudrait à peu près donner de l'eau pure. C'est, comme on l'a dit, de la médecine de femmes vaporeuses et de petites-maîtresses, de la médecine à l'eau de fleur d'oranger, musquée et parfumée comme un objet de toilette.

Mais c'est assez s'étendre sur les omissions du codex, quoique nous n'ayons pas à craindre de l'emporter en prolixité sur sa briéveté. Venons à ses bonnes qualités. Or, il en a beaucoup, tout bref qu'il est. Notons les principales :

1° Il est écrit en français, et, malgré le privilége de la langue latine d'être la langue scientifique universelle, nous approuvons grandement ce moyen de vulgariser de plus en plus le codex, d'autant plus que l'excellente idée qu'ont eue les auteurs de mettre à côté le nom latin, satisfait à toutes les exigences et à tous les besoins. Toutefois, pour ceux trop rares qui lisent les livres de médecine écrits en latin, il faudrait une table latine, à la fin du codex, comme il y a une table française.

2° Les auteurs ont aussi fait marcher de front le calcul duodécimal et le calcul décimal. Ce magnifique calcul décimal, qu'il serait tant à désirer de voir se vulgariser, jette une grande lumière et une grande précision sur les doses et les proportions respectives des médicaments. Au reste, cette qualité existait déjà, comme on sait, dans l'ancien codex de 1816. Nous souhaiterions que les médecins s'habituassent peu à peu, à l'exemple du codex, à ajouter la nomenclature décimale à la nomenclature duodécimale; ce serait un commencement de progrès. On sait que Dupuytren se servait souvent du calcul décimal dans ses consultations publiques à l'Hôtel-Dieu, et qu'il y trouvait une bien plus grande précision dans les doses respectives.

3° Autant qu'un médecin peut en juger, même après avoir pris l'avis de pharmaciens distingués, la division en 63 chapitres et la description des procédés pharmaceuti-

ques sont aussi parfaites que possible, très-claires, très-simples, très-pratiques, non sujettes à équivoque. Les nouvelles nomenclatures pharmaceutiques ont été rejetées avec sagesse comme inconnues à beaucoup, et capables d'induire dans de graves erreurs.

4° Des modifications importantes ont été faites dans la préparation de plusieurs médicaments : Ex., le sirop de digitale, le sirop diacode, etc.

Bien que les auteurs n'aient exprimé d'autre division dans leur livre que celle des 63 chapitres, il est facile d'y reconnaître trois parties principales.

Première partie. Préparations chimiques, comprenant 18 chapitres : I, corps simples ; II, acides ; III, oxides ; IV, sulfures, chlorures, bromures, iodures, cyanures, sels minéraux, acides végétaux, alcalis végétaux, sels et acides végétaux, etc.

Deuxième partie. Préparations pharmaceutiques ou galéniques internes, contenant 32 chapitres: XIX, poudres simples; XX, pulpes ; XXI, sucs, huiles et graisses, tisanes, apozèmes, bouillons, émulsions, mucilages, potions, etc.

Troisième partie. Médicaments externes (13 chapitres). L, cérats ; LI, pommades, onguents, emplâtres, sparadraps, bougies, suppositoires, etc.

Qui ne croirait, à la vue de ce cadre immense, que le nouveau codex ne fût une œuvre grande et pleine comme la science de quarante siècles? qui croirait qu'avec les caractères fins de la stéréotypie actuellement en usage il pût être renfermé dans un in-32 qu'on cacherait dans le creux de sa main ?

Au reste, il ressemble beaucoup à l'ancien codex, le

plus souvent il n'en est que la traduction; et certes nous ne voyons ni par quels progrès remarquables, ni par quel travail il se distingue du précédent.

Et maintenant que nous avons essayé de donner une idée du codex, il surgit une grande question, celle des rapports entre la pharmacie et la médecine dans l'exercice de chacune d'elles.

Dans les campagnes, ces rapports sont et seront toujours, malgré les lois, autres que dans les villes. C'est la force des choses, c'est la distance des lieux, c'est la pauvreté des campagnes qui le veulent.

D'après le nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine, on assigne la distance d'une lieue (1/2 myriamètre) comme terme en deçà duquel les habitants des campagnes sont obligés d'aller chez les pharmaciens sans que les médecins puissent leur laisser des médicaments. Nous trouvons cette distance bien établie; mais si on la dépassait, si on l'étendait à un myriamètre, la loi serait inexécutable, et les parents se verraient le plus souvent obligés de priver le malade de médicaments, ne pouvant être ainsi toujours par voies et par chemins, par beau et mauvais temps, soir et matin, faire en réalité huit lieues à une distance de deux lieues, et quadrupler ainsi sans cesse le chemin et la perte du temps pendant lequel le malade resterait privé de médicaments. Cela n'aura jamais lieu que par exception et pour les gens riches, qui ont toujours du monde et des chevaux à renvoyer coup sur coup. Ce n'est pas de Paris, de son cabinet, qu'il faut juger cette question; c'est du fond des campagnes, là où hommes et chevaux sont exténués de fatigue, quand par bonheur il s'y trouve encore des hommes et des chevaux dis-

ponibles, et quand les chemins sont praticables. Nous ne saurions trop le répéter, si dans nos campagnes, où il y a déjà si peu de zèle pour le traitement des malades, vous surajoutez des difficultés, des empêchements, des lenteurs à l'application des médicaments, vous annulez les bienfaits de la médecine, vous faites une œuvre de destruction où vous devriez faire une œuvre de conservation.

Mais nous nous laisserions entraîner, sur les rapports de la pharmacie et de la médecine, par suite des réflexions journalières que la force des choses nous suggère à tout moment en faisant l'exercice de la médecine au milieu des campagnes, nous nous laisserions entraîner dans des considérations trop longues, et que nous devons ajourner jusqu'à l'époque où il plaira aux chambres de discuter la loi sur l'exercice de la médecine. Nous le prévoyons, à moins que de nombreuses voix ne s'élèvent du fond des provinces, l'exercice de la médecine des campagnes sera mis hors la loi; à peine en parlera-t-on par forme de transition.

De même que nous tâcherons alors de fixer la distance en deçà de laquelle le médecin doit envoyer chercher les remèdes chez le pharmacien, nous essaierons aussi de poser la limite au-delà de laquelle le pharmacien, avant de délivrer un médicament, doit envoyer ses clients se munir préalablement d'une ordonnance; car si la loi a trouvé de l'inconvénient à ce que le médecin fît la pharmacie, il semblerait qu'il dût y en avoir de bien autrement grands à ce que le pharmacien fît de la médecine : car au moins les médecins subissent des examens sur la matière médicale et la pharmacologie, et en suivent des

cours, tandis que les pharmaciens n'ont ni subi d'examens sur la pathologie, ni suivi de cours d'anatomie ni de clinique.

Or, tous les pharmaciens de France, mais surtout ceux des petites localités, vendent des médicaments sans ordonnance. Il y en a qui se bornent à vendre de la gomme, du sirop simple et autres médicaments officinaux tout-à-fait innocents; mais il y en a qui délivrent sans ordonnance des préparations magistrales, et même de très-énergiques. Il aurait convenu que la commission distinguât par des astérisques les médicaments que les pharmaciens peuvent délivrer sans ordonnance. Cette distinction eût été bien autrement importante que celle qu'elle a établie entre les médicaments officinaux que tout pharmacien est tenu d'avoir, même dans les petites localités, et ceux qui ne sont pas d'obligation.

Si le temps et l'espace nous le permettaient, que n'aurions-nous pas à dire aussi de ces épiciers-pharmaciens, marchands de médecines établis en chaque bourg, succursalistes des pharmaciens des villes, qui leur envoient par le commissionnaire des médecines à débiter, marchands de médecines que le maire voit et souffre, quand ce n'est pas le maire lui-même qui tient le bureau de médicaments en contrebande. Oh! si c'était un marchand de tabac en contrebande ou un débitant de boisson non patenté, qui vendît ainsi un seul dimanche, on verrait, dès le lundi, toute la gendarmerie envahir le bourg, visiter toute la maison de la cave au grenier, confisquer tabac et balances. On saurait de quel magasin provient l'objet en contrebande, et ce magasin recevrait la visite d'un huissier. Mais, voyez-vous, il ne s'agit pas d'un objet impor-

tant comme une prise de tabac : il ne s'agit que de la santé d'un pauvre laboureur, qui arrose au long du jour son champ de ses sueurs, sans se mêler ni des révolutions, ni de la politique, ni des émeutes, ni du changement des autorités, qu'on ne voit jamais dans les antichambres des hommes du pouvoir.... Un tel homme vaut-il la peine qu'on veille à sa conservation? et les médecins des campagnes, qui traitent ces pauvres laboureurs, valent-ils la peine qu'on les protège contre les charlatans, les rebouteurs et les débitants de médecines? Au reste, nous l'avouons, c'est aussi aux médecins eux-mêmes à se réorganiser en corps par le moyen des réunions médicales, et à se faire protéger par les lois.

V....

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Maladies syphilitiques. — Cure radicale des hernies. — Cholérine considérée comme période d'incubation du choléra-morbus. — Anévrisme de l'artère iliaque externe. — Préjugés de thérapeutique oculaire. — Variole. — Thérapeutique obstétricale. — Amygdalite.

Archives générales de médecine (Novembre 1837).

Considérations sur le traitement des maladies syphilitiques; par M. Le Sauvage, professeur à l'École de médecine de Caen, chirurgien en chef des hôpitaux de cette ville, etc. — Appuyé sur sept années de pratique dans l'hôpital civil

et militaire de Caen, partisan déclaré des innovations introduites dans la théorie et la thérapeutique de la syphilis par l'école physiologique, M. Le Sauvage se croit en droit d'établir, comme corollaires rigoureux de ses observations, les principes suivants : 1° Négation formelle de l'existence du virus vénérien ; 2° explication par propagation de tissu, ou par sympathie, des divers symptômes de la syphilis, toutes les muqueuses enflammées ayant la propriété de communiquer de l'inflammation aux muqueuses saines mises en contact avec elles ; 3° traitement antiphlogistique, seul efficace et seul propre à prévenir les accidents consécutifs de la syphilis ; 4° mercure constamment nuisible, cause directe des symptômes que l'on a attribués au virus vénérien recélé dans l'économie, et pouvant déterminer l'apparition de ces symptômes sans qu'il y ait eu d'infection vénérienne. Aux médecins qui voudraient opposer aussi leur pratique à celle de M. Le Sauvage, l'auteur se borne à répondre qu'ils ne veulent pas du progrès, qu'ils condamnent sans examen tout ce qui est nouveau, enfin qu'ils s'obstinent à fermer les yeux à l'évidence. Pour ne point encourir de pareils reproches, nous ne nous permettrons pas de combattre la manière de voir de M. Le Sauvage ; nous lui accorderons même que l'expérimentation éclairée des médecins français et étrangers qui partagent ses opinions ont mis hors de doute les résultats curatifs d'une nature énergique secondée par des précautions convenables et un régime bien entendu, dans une maladie que l'on regardait à tort comme devant toujours être combattue par des remèdes héroïques. Seulement, nous lui dirons que la méthode de traitement qu'il préconise, et la théorie qu'il défend, ne sont pas précisément *du nouveau*, puisque, comme nous l'avons démontré dans plus d'une occasion, cette théorie et ce traitement sont, à peu de chose près, les

mêmes qui étaient en vigueur dans les dernières années du XVe siècle et dans les premières années du XVIe, alors que, surpris par l'invasion d'une maladie nouvelle et dégoûtés des abus qu'offrait la pratique de quelques empiriques, les médecins raisonneurs du temps s'efforçaient d'opposer aux accidents de la syphilis des méthodes thérapeutiques *rationnelles*. Il est d'ailleurs un argument qui nous a singulièrement surpris dans la bouche d'un praticien aussi distingué que M. Le Sauvage, et que nous ne pouvons laisser passer sans réponse : « *Le seul fait* (dit l'auteur) *de la disparition complète et sans retour des accidents vénériens, primitifs et consécutifs, par le traitement antiphlogistique, doit suffire pour faire nier l'existence d'un prétendu virus syphilitique.* » Assurément ce n'est jamais sur le résultat d'un traitement quelconque qu'on a pu se fonder pour admettre ou pour nier l'existence d'un virus. De ce que les virus varioleux et vaccinal, par exemple, sont éliminés et annulés par les seules forces de la nature, et sans intervention aucune de l'art, personne ne s'est jamais avisé d'en conclure qu'il fallait nier l'existence de ces virus. Qui donc a pu faire découvrir à M. Le Sauvage l'impuissance de la nature à éliminer ou à annuler, par sa seule force de réaction ou de conservation, le virus syphilitique lui-même, surtout chez des sujets jeunes, vigoureux et placés dans des conditions favorables par les soins d'un médecin éclairé ? Comment peut-il affirmer qu'il n'y a pas plusieurs et diverses méthodes de traitement applicables à la maladie vénérienne, bien qu'elle ait une source virulente ? Toute la question est de savoir si les médications spécifiques doivent être, en pareil cas, préférées aux médications rationnelles, ou, mieux encore, de préciser les circonstances dans lesquelles telle ou telle médication doit être préférée. Mais là aussi est la difficulté ; là se trouve l'application de la sentence du père de

la médecine : « *Judicium difficile... experientia fallax !* » Quant à l'objection des partisans de la méthode spécifique, qui pensent que plusieurs années ne suffisent pas pour démontrer que la guérison des accidents primitifs de la syphilis, traités par le régime antiphlogistique, est complète et exempte de toute chance d'accidents consécutifs..., comment M. Le Sauvage peut-il la dédaigner, lorsque lui-même est forcé de reconnaître que ces accidents « *se manifestent* QUELQUEFOIS *peu de temps après la guérison de la syphilis primitive*, SOUVENT *après de longues périodes ?* » Du reste, c'est une question fort difficile et fort complexe que celle du traitement de la syphilis, et il n'y a que des éloges à donner au zèle des praticiens qui, comme le chirurgien de l'hôpital de Caen, s'efforcent, par une observation éclairée et attentive, de soulever le voile qui la recouvre.

G.

Gazette médicale (Décembre 1837).

I. — *Mémoire sur l'introduction et le séjour des épingles dans le sac herniaire, comme moyen d'obtenir la cure radicale des hernies*; par M. BONNET, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — L'introduction dans nos tissus d'épingles ou d'aiguilles, quand elle est suivie d'une avulsion immédiate, ne détermine aucune inflammation ; mais, quand ces corps étrangers séjournent dans les parties, il s'y développe de l'inflammation. Elle est, il est vrai, peu intense ; elle ne marche qu'avec lenteur et s'arrête aisément dès qu'on enlève le corps qui l'a produite. Il y a seulement alors effusion d'une matière organisable qui se pénètre de vaisseaux capillaires, et de là, par des degrés successifs d'organisation, passe à l'état celluleux et fibreux, et de-

vient un moyen d'adhérences toujours solides et durables lorsqu'elles ont une certaine densité et une certaine épaisseur. MM. Velpeau et Carron-Duvillard ont appliqué ces principes à l'oblitération des artères; M. Davat à celle des veines; M. Bonnet à celle du sac herniaire.

Chez le premier malade que M. Bonnet opéra, il traversa le sac herniaire près de l'anneau avec huit épingles qu'il maintint dans cette position par une pelote et un spica de l'aine fortement serré. Ayant enlevé le bandage trois jours après son application, il trouva toutes les épingles sorties et couchées entre les compresses et la peau. Pour les rendre plus fixes, M. Bonnet pensa à leur faire traverser la racine des bourses de part en part, et à tordre leur pointe de manière à ce qu'elles ne pussent ni entrer, ni sortir. Pour éviter qu'elles ne se perdissent dans les chairs enflammées, et afin d'obtenir une compression suffisante sur les parties comprises entre la tête et la pointe des épingles, il les grossit à l'aide d'une boule de liége. La hernie étant réduite, il saisit la racine des bourses aussi près que possible de l'anneau, et plaça le cordon sur son côté externe dans un cercle formé par le pouce et l'indicateur gauches. Les extrémités de ces doigts fortement rapprochées, il piqua une épingle au-devant de leurs ongles, en arrière des enveloppes de la hernie, et près du ligament suspenseur de la verge. L'ayant enfoncée jusqu'à ce que la tête appuyât sur la peau et que la pointe fît saillie en devant, il passa celle-ci dans un morceau de liége, qu'il poussa assez avant pour que les parties situées entre le morceau de liége et la tête de l'épingle fussent légèrement comprimées. Il termina en fixant celle-ci par la disposition circulaire donnée à sa pointe à l'aide d'une pince à chapelet.

La première épingle ainsi placée, il porta le cordon entre

elle et les extrémités du pouce et de l'indicateur gauches rapprochés autant que possible. Il piqua, en suivant l'extrémité de ses doigts, une deuxième épingle parallèle à la première, située de six à sept lignes plus en dehors. Il plaça à la même distance une troisième, puis une quatrième épingle. Du sixième au douzième jour, M. Bonnet retira les épingles, et, dès que la sensibilité des parties le permit, appliqua un bandage compressif.

Ce procédé ayant été insuffisant, M. Bonnet se détermina à placer deux rangées d'épingles, afin de multiplier les points d'adhérence, et il en prolongea le séjour jusqu'à ce que l'ulcération de la peau fût complète et que la pression s'exerçât sur le tissu cellulaire lui-même. Malgré cette modification apportée à son procédé opératoire, M. Bonnet n'a obtenu qu'une guérison momentanée et apparente sur le seul vieillard qu'il ait opéré. Il a échoué dans les trois opérations qu'il a faites chez des adultes pour des hernies très-volumineuses, et sortant par un canal inguinal devenu direct et assez large pour permettre l'introduction de plusieurs doigts réunis. Il a eu un plein succès sur trois adultes, dont les hernies égalaient le volume du poing, et dont le canal inguinal, encore oblique, ne permettait que l'introduction d'un seul doigt; et sur un enfant de dix ans, dont la hernie descendait à quelques pouces au-dessus du genou, lorsqu'il avait fait un long exercice.

II. — *Lettre sur la cholérine, considérée comme période d'incubation du choléra-morbus;* par M. Salvatore de Renzi, médecin en chef de l'hôpital de Lorette à Naples. — Il résulte des observations de ce médecin que ni la première, ni la deuxième invasion du choléra-morbus à Naples n'a été précédée d'affections diarrhéiques. La même chose, dit M. Salvatore, a eu lieu à Pouzol, où le choléra, sur 10,000

habitants, en a enlevé 1,000 en moins d'un mois ; mais il n'en a pas été partout ainsi. Dans plusieurs communes de Naples, il y a eu des flux diarrhéiques avant la déclaration patente du choléra. A Paterno, une épidémie diarrhéique assez grave précéda son invasion ; elle sévit surtout sur les cultivateurs. Mais, si la cholérine n'a pas le plus souvent précédé le choléra, M. Salvatore de Renzi avoue qu'il n'y a peut-être pas eu un malade frappé du choléra qui n'ait eu d'abord la cholérine pendant un temps plus ou moins long. Il se demande si l'on ne doit pas considérer la cholérine plutôt comme un simple effet de l'influence épidémique que comme un prodrome du choléra. Il est évident que, lorsque la cholérine n'est pas suivie du choléra, elle est un simple effet de l'influence épidémique ; et que, lorsqu'elle en est suivie, elle en est le prodrome.

III. — *Ligature de l'artère iliaque primitive, près de la bifurcation de l'aorte abdominale, pratiquée avec succès pour un anévrisme de l'artère iliaque externe;* par M. Salomon, professeur de l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg. — Un invalide, âgé de 38 ans, ayant reçu un coup de pied de cheval dans l'aine gauche, il se forma peu de temps après une tumeur qui fit des progrès rapides, et rendit bientôt la marche difficile, mais non douloureuse. Le 24 mai 1837, le malade entra dans les salles de M. Salomon. La tumeur de l'aine gauche était volumineuse, sans limites bien circonscrites ; elle s'étendait, inférieurement, à quatre travers de doigt au-dessous du ligament de Poupart ; supérieurement, à quatre travers de doigt au-dessus de ce même ligament ; en dehors, jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure ; en dedans, jusqu'à la ligne blanche et la symphise pubienne. La couleur de la peau était naturelle : il y avait des battements très-forts, appréciables

au toucher et à la vue. La tumeur s'étendait dans la cavité du ventre, le long de l'artère iliaque externe; on pouvait la suivre jusqu'à l'origine de cette artère. Si l'on comprimait l'aorte abdominale, la tumeur diminuait de volume et ses pulsations cessaient. La ligature de l'artère iliaque primitive ayant été arrêtée, voici comment y procéda M. Salomon :

Le malade étant couché en supination, il pratiqua une incision, parallèlement à l'artère épigastrique inférieure, sur les téguments du ventre du côté gauche. Elle commençait à un pouce de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, et se terminait à un travers de doigt au-dessous des dernières fausses côtes; elle avait quatre pouces de longueur. Il coupa dans la même direction, d'abord l'aponévrose superficielle, puis la partie charnue des trois muscles abdominaux, enfin l'aponévrose propre. Le péritoine étant ainsi mis à découvert, il le décolla de l'aponévrose du muscle iliaque interne et du psoas. Étant parvenu à l'artère iliaque primitive, il la sépara de la veine et de l'uretère gauche, introduisit une aiguille anévrismale obtuse, puis, passant sous l'artère l'aiguille élastique de Deschamps, modifiée par M. Arendt, avec un fil de soie rond assez fort, il fit la ligature. Deux mois après l'opération, le malade était parfaitement guéri. M. Salomon s'était rendu facilement maître de quelques accidents qui étaient survenus.

A. F.

Bulletin de thérapeutique (Décembre 1837).

I. — *Considérations sur quelques préjugés de thérapeutique oculaire.* — Nous trouvons dans ce mémoire quelques ré-

flexions fort justes et fort bien exposées, non-seulement sur les préjugés populaires, mais encore sur la routine médicale touchant les applications de sangsues aux paupières ou autour de l'orbite, l'emploi des cataplasmes, des compresses et des bandeaux sur les yeux, les sétons et les vésicatoires à la nuque, l'application du nitrate d'argent sur la conjonctive, et enfin sur l'erreur trop commune de n'opposer aux maladies oculaires qu'un traitement local. L'auteur de ce petit mémoire est trop judicieux pour bannir l'emploi d'aucun de ces moyens; son seul but, qu'il a atteint selon nous, était d'en signaler les abus et la pratique inconsidérée. Enfin son patriotisme scientifique le porte à dénoncer, parmi les préjugés médicaux de l'époque, l'opinion accréditée de la supériorité de l'ophtalmologie étrangère.

II. —*Bons effets de l'emplâtre de Vigo* cum mercurio, *appliqué sur la peau de la face pendant la variole.* — M. le docteur Sandras s'empresse de publier trois observations et des remarques corrélatives, tendant à établir que, pour préserver les varioleux d'être défigurés par l'éruption, il suffit :

« 1° De reconnaître la variole au début, ce qui est toujours facile ;

» 2° D'appliquer aussitôt sur les parties qu'on veut préserver une couche d'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, d'une demi-ligne à une ligne d'épaisseur, étendu sur une toile dont on taille les compartiments, de manière à bien coller l'emplâtre sur une surface indiquée ;

» 3° De renouveler cette sorte de masque chaque fois que le malade le détache ;

» 4° De conserver cet appareil jusqu'au dessèchement des pustules qui ont, ailleurs, parcouru librement à l'air toutes leurs périodes. »

L'emploi de ce topique paraît sans inconvénient à M. Sandras, et certes il aurait alors un précieux avantage s'il prévenait les cicatrices disgracieuses des pustules varioliques : il est, en effet, concevable que cette méthode abortive, déjà tentée avec le nitrate d'argent, pourvu qu'elle soit bornée à la face, ne trouble pas la marche d'une éruption qu'il importe tant de ne pas entraver quand on n'a pu la prévenir par la vaccine. Toutefois, sans vouloir attiédir le zèle et les espérances de l'expérimentateur précité, nous devons dire que, des trois individus traités avec l'emplâtre de *vigo*, il en est un qui a eu un abcès au mollet et au pied, et un autre un érysipèle au visage, comme si l'organisme avait voulu protester contre des entraves partielles qu'on lui aurait suscitées.

III. — *Réflexions sur la thérapeutique obstétricale*, etc. — M. Capuron, homme expert dans cette partie, présente des réflexions critiques sur le luxe scientifique, les préceptes superflus que des auteurs de traités d'accouchement ont produit, notamment en ce qui concerne l'accouchement manuel, dans les cas d'insuffisance des efforts spontanés de la nature. Selon lui, on a inutilement multiplié les situations du fœtus et insisté sans nécessité sur l'emploi d'une main de préférence à l'autre : « De deux choses l'une, dit ce praticien, en terminant : ou l'on est appelé lorsque la matrice n'offre que peu ou point de résistance, ou bien lorsque la contraction de cet organe est invincible. Dans le premier cas, la terminaison est des plus faciles dans toutes les situations, dans toutes les positions de l'enfant, et avec l'une ou l'autre main indistinctement. Dans le second cas, la connaissance de la situation et de la position de l'enfant, ainsi que le choix de la main, sont inutiles, puisqu'on est réduit à la dure nécessité de terminer l'ac-

couchement comme on peut et non comme on veut. »

IV.— *Emploi du nitrate d'argent contre l'angine tonsillaire ou amygdalite.* — M. le docteur Palais rapporte quelques observations à l'appui de cette pratique (la cautérisation très-légère des amygdales enflammées) dont il dit s'être bien trouvé.

L. G. Q.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ITALIENS.

Epilepsie rebelle guérie par l'application d'un séton. — Extraction de l'iode des bains iodurés.— Seigle ergoté contre le choléra.— Proto-iodure de fer contre la syphilis. — Tableau des opérations de taille pratiquées de 1821 à 1837 dans les hôpitaux de Naples. — Empyème suivi de guérison. — Moyen de neutraliser dans la bouche l'amertume du bois de *quassia amara*. — Colique saturnine due à l'ingestion de 10 onces de plomb de chasse.

I. *Cas remarquable d'épilepsie guérie par l'application d'un séton.*—Le fils d'un menuisier, âgé de dix-huit ans, éprouva, pour la première fois, vers la fin de sa huitième année, des accès d'épilepsie dont la cause resta inconnue. Séparés d'abord les uns des autres par de longs intervalles de quatre à cinq mois, ces accès se rapprochèrent tellement, qu'ils finirent par se renouveler toutes les semaines. Les parents de cet enfant le soumirent à tous les genres de traitement, et épuisèrent en vain pendant neuf ans toutes les ressources de la médecine. Enfin ils avaient pris le parti de ne plus rien faire et de le surveiller attentivement chez eux.

Tel était l'état du malade lorsqu'une circonstance bizarre, et qu'il est inutile de rapporter, le renversa de la hauteur de quelques marches. Cette chute fut suivie d'une plaie grave et contuse à la région frontale, avec fracture de la table externe du coronal, et d'une fracture de la partie moyenne de la cuisse gauche. Les suites de ce double accident durèrent près de cinq mois, pendant lesquels la plaie du front, accompagnée d'inflammation et d'exfoliation de l'os, ne cessa de suppurer. Pendant tout ce temps le jeune homme n'eut aucun accès d'épilepsie; mais, vers la fin de septembre 1836, la plaie se cicatrisa entièrement, et dès ce moment les accès reparurent encore avec la même fréquence et la même intensité qu'avant sa chute.

Désespérés du retour d'une maladie dont ils l'avaient cru entièrement guéri, ses parents s'adressèrent au doct. de Renzi, qui prescrivit sur-le-champ l'application d'un séton à la nuque.

Dès que la suppuration fut établie, les accès n'eurent plus lieu; mais, trop prompt à vouloir se débarrasser d'une sujétion incommode, le malade laissa fermer l'exutoire. Au bout d'un mois, les accès reparurent d'une manière violente, et ne cédèrent définitivement que sous l'influence d'un nouveau séton.

Le doct. de Renzi assure que depuis lors les attaques d'épilepsie ne se sont jamais reproduites, et que le jeune malade jouit de la plus florissante santé.

II. *Moyen d'extraire l'iode des bains iodurés.*—Le prix élevé de l'iode, et le fréquent usage qu'on en fait aujourd'hui contre les affections scrofuleuses et un grand nombre d'autres maladies, ont engagé le doct. de Renzi à publier le procédé suivant, au moyen duquel on peut retirer à l'état de pu-

reté l'iode employé dans les bains. Cette facilité pourra rendre plus fréquent et plus général l'emploi de ce médicament dans les hôpitaux et dans la classe peu aisée.

On fait une solution d'une partie de sulfate de cuivre et de 2 parties 1/4 de sulfure de fer dans douze parties d'eau, et on la jette dans le bain d'où l'on veut extraire l'iode. Souvent un précipité se forme à l'instant même, mais on le rend complet par l'addition d'une petite quantité d'ammoniaque (36 gr. environ) que l'on verse avec précaution; lorsque le précipité est bien déposé, on s'assure que le liquide qui surnage ne précipite plus, par la dissolution métallique.

On réunit ainsi le précipité obtenu de 6 à 8 bains, on le lave et on le passe à travers un filtre. La masse obtenue bien desséchée est mêlée dans la proportion de 5 parties avec 2 parties d'oxide de manganèse et 3 parties d'acide sulfurique affaibli de 4 fois son poids d'eau. On soumet le mélange à la distillation dans un bain de sable jusqu'à siccité, en ayant soin d'activer un peu la chaleur avant de terminer l'opération.

On a pu retirer par ce procédé 8 drachmes 1/2 d'iode pur sur environ une once d'iodure de potasse et une demi-once d'iode employés pour deux bains.

III. *Seigle ergoté comme remède spécifique contre le choléra.*— Le doct. Raimondo Vendetti, s'étant occupé depuis longtemps de recherches spéciales sur l'action thérapeutique du seigle ergoté, avait remarqué que chez les femmes en couche il provoque presque toujours les vomissements après la seconde dose, et qu'il a souvent fait rendre des lombrics dont on n'avait pas soupçonné la présence.

Il avait aussi remarqué qu'indépendamment de son action spéciale sur la contractilité de l'utérus, ce médicament

paraît modifier d'une manière souvent très-avantageuse la sensibilité organique de la muqueuse gastro-intestinale, ou agissant sur les nerfs de la vie organique, puisqu'on voit généralement les nouvelles accouchées qui en ont fait usage éprouver une amélioration notable dans les fonctions digestives coïncidant avec la diminution ou la suppression des douleurs abdominales qu'elles éprouvaient antérieurement.

Ces propriétés une fois reconnues et bien constatées, le docteur Vendetti ne vit pas d'application plus opportune à en faire que dans le choléra. Assurément, dit-il, la première indication à remplir pour le médecin dans cette maladie consiste à favoriser l'expulsion des matières cholériques, cause grave de désordre, et à diriger sur les nerfs spinaux et sympathique une action telle, qu'elle puisse régulariser les mouvements désordonnés de tout le tube digestif. C'est ainsi qu'il pourra profiter du consensus sympathique qui lie les fonctions de la muqueuse à celles de la peau pour rétablir les fonctions cutanées dans leur état normal.

Le seigle ergoté lui a paru remplir parfaitement toutes ces indications. Il l'a employé dans quatre circonstances avec un plein succès. Il se réservait de ne publier le résultat de ses expériences qu'après avoir recueilli un plus grand nombre de faits; mais ayant appris que les médecins homœopathes d'Allemagne s'étaient emparés de ses expériences, il s'est décidé à en faire connaître les premiers résultats par la voie des journaux.

Il administre le seigle ergoté, réduit en poudre impalpable dans du pain azyme, à la dose d'un scrupule à une demi-drachme, répétée d'heure en heure. Jamais on n'a été obligé, dans les quatre cas mentionnés, de dépasser la quatrième dose. Chez tous les malades, les vomissements et la diarrhée ont été arrêtés; la voix a repris son timbre

naturel, la sécrétion urinaire s'est rétablie, le froid et la cyanose se sont dissipés, et les malades ont éprouvé un calme d'autant plus consolant, qu'on avait moins lieu de l'attendre.

Il est vrai que dans ces quatre cas on n'a pas eu à lutter contre de véritables choléras asphyxiques : il n'y avait chez aucun de ces malades absence totale du pouls, quoiqu'ils aient présenté à un haut degré les autres symptômes cholériques, tels que le froid glacial, la cyanose, et les déjections caractéristiques de cette cruelle maladie. Chez tous, à l'usage du seigle ergoté, on a associé les scarifications et les vésicatoires sur la région des reins, l'emploi des bains tempérés, et chez l'un d'eux seulement l'huile de ricin, qui a été promptement rejetée par le vomissement.

IV. *Emploi du proto-iodure de fer contre la syphilis.* — Le proto-iodure de fer a été employé avec beaucoup d'avantage, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, dans les syphilis anciennes, et chez les individus d'un tempérament scrofuleux ou lymphatique. Il a été mis en usage pour combattre l'atonie et le mauvais caractère de certains ulcères, ainsi que les écoulements chroniques de l'urètre et du vagin.

Administré à l'intérieur, le proto-iodure de fer peut être associé aux amers, aux anti-scorbutiques, ou être donné seul à la dose de six à quarante grains par jour. A l'extérieur, on l'emploie en lotions ou en injections, en le mêlant avec pareille quantité d'eau. Dans ce dernier cas, on doit toujours filtrer la solution avant d'en faire usage.

On obtient le proto-iodure de fer par le procédé suivant : on met en contact et à chaud un mélange de cinquante parties d'iode, cent parties d'eau pure, et quinze parties de limaille de fer; la liqueur acquiert une couleur verdâtre; on filtre ce liquide, et l'on fait évaporer rapide-

ment dans un grand matras, en opérant autant que possible hors du contact de l'air atmosphérique. Le résidu se conserve dans un flacon bien bouché.

V. *Tableau statistique des opérations de taille par la méthode latérale latéralisée, pratiquées par le doct. de Renzi pendant l'année* 1837. — Ce tableau comprend les opérations de lithotomie pratiquées dans les hôpitaux des Incurables et de Notre-Dame de Lorette à Naples, pendant l'année 1837; on y a joint un résumé de toutes celles qui ont été pratiquées depuis l'année 1821 jusqu'à l'année 1836 inclusivement.

	HOMMES.	FEMMES.	GUÉRIS.	MORTS.	ENFANTS.	ADULTES.	VIEILLARDS.
Malades opérés de 1821 à 1836.	508	15	446	77	263	204	56
En 1837	30	»	25	5	19	11	»
	538	15					
	553		471	82	282	215	56

VI. *Opération de l'empyème pratiquée avec succès.*—Archange Rao, villageois, âgé de quarante ans, souffrait depuis longtemps d'un engorgement du foie et de la rate, lorsqu'il fut atteint, en novembre 1829, d'une gastrite aiguë, accompagnée d'un point douloureux au côté droit de la poitrine, entre la troisième et la quatrième fausse côte. (Saignées générales et locales; traitement antiphlogistique.) Au bout de deux semaines, les souffrances du malade devinrent extrêmes, la respiration courte, gênée, stertoreuse, suivie de spasmes violents ; le décubitus était impossible sur le côté gauche, mais le côté droit de la poitrine était beaucoup plus développé, et présentait une saillie remarquable entre tous les espaces intercostaux. Le docteur Bruni, diagnos-

8.

tiquant un abcès dans le poumon, ou un épanchement purulent dans la cavité thoracique correspondante, ne balança point à pratiquer l'opération de l'empyème, et plongea un bistouri entre la troisième et la quatrième fausse côte. Il en sortit à l'instant même une quantité énorme d'un liquide purulo-sanguinolent (environ 10 livres), après l'évacuation duquel la respiration devint libre et facile. Sous l'influence d'un traitement approprié à l'état du malade, une amélioration notable ne tarda pas à se manifester; tous les jours on donnait deux fois issue au liquide purulent qui s'accumulait dans la cavité, et qui offrait quelques flocons solides d'une substance noire et à demi-putréfiée, jusqu'à ce que l'écoulement devînt nul; la cicatrisation de la plaie fut complète au bout de quarante jours, et le malade jouit aujourd'hui d'une parfaite santé.

VII. *Moyen de neutraliser l'amertume que laisse dans la bouche le bois de quassia amara.* — Les expériences de Schuseinsberg sur le sulfate de quinine, et les résultats qu'il a fait connaître en 1830 sur le moyen d'en neutraliser l'amertume au moyen de la poudre de valériane, d'anis, de fenouil, et d'écorce d'oranger, ont donné l'idée au doct. G. Guastamacchia de se livrer à quelques essais pour obtenir le même résultat pour l'écorce de quassia amara, qui provoque chez la plupart des malades une si grande répugnance.

« Ayant eu, dit-il, occasion de prescrire à plusieurs malades l'usage de cette écorce pendant le mois de juin dernier, je fus agréablement surpris de trouver dans le fruit du carroubier la propriété que je recherchais pour leur en diminuer l'amertume. Depuis cette époque, je n'ai cessé d'employer ce moyen avec le plus grand succès. »

La meilleure manière d'en faire usage consiste à mâcher

un morceau de ce fruit immédiatement après avoir avalé la prise de quassia, libre au malade de le rejeter ou de l'avaler après l'avoir gardé pendant quelque temps dans la bouche.

Jusqu'à ce jour on n'avait fait usage du fruit du carroubier que comme expectorant dans les catarrhes; c'est ainsi que l'emploient les Egyptiens, sous forme de décoction, contre l'asthme et la toux, et que le docteur Joerdens s'en est servi avec succès dans les accès de toux convulsive.

(*Il filiatres sebezio*, ottobre, novembre, dicembre 1837.)

VIII. *Observation de colique saturnine due à l'ingestion de 10 onces de petit plomb de chasse.*—Le nommé Pézonzino, âgé de quarante-cinq ans, cultivateur à Celavegna (états de Sardaigne), après avoir abusé du quinquina dans le traitement des fièvres d'accès dont il était atteint presque toutes les années vers l'automne, fut atteint d'une *gastro-entérite* violente, dont il guérit en conservant toutefois une telle irritabilité des voies digestives, que les moindres causes lui amenaient des coliques et la diarrhée. En 1828, il fut atteint d'une pneumonie grave, après la guérison de laquelle il changea d'état et se fit marchand ambulant. Dans cette nouvelle carrière, il s'adonna à la boisson, et réveilla son affection gastro-intestinale, qui s'exaspéra dès-lors sous l'influence des moindres variations atmosphériques. Après divers traitements, la guérison n'arrivant pas assez tôt au gré du malade, il s'adressa à un prétendu sorcier, qui promit de le guérir, et lui fit avaler six onces de plomb de chasse (1). Le malade ne tarda pas à éprou-

(1) On sait que ce moyen a été dès long-temps employé contre le volvulus. Van Helmont avait surtout rendu générale cette pratique en établissant ce dangereux aphorisme : « Neminem ileo pe» rire si globuli plumbei sclopetarii deglutiantur, ut sub pondere

ver une pesanteur incommode à l'estomac, accompagnée de rapports avec un goût métallique désagréable, et qui firent bientôt place à des coliques atroces, lesquelles ne le quittèrent que le sixième jour, à la suite de l'évacuation par les selles du plomb qu'il avait avalé. Soulagé par cette évacuation salutaire, qu'il attribua à l'effet du remède, il se laissa persuader d'en avaler une nouvelle quantité le lendemain. Mais cette fois il fut sur-le-champ repris des plus violentes douleurs d'entrailles, avec vomissements et sensibilité douloureuse du ventre. Son état devint alarmant, et l'obligea de s'adresser de nouveau au docteur Ruva. Il ressentait une céphalalgie violente avec assoupissement profond; sa langue était sale; il avait la bouche amère, la peau brûlante, le pouls plein, mais non fréquent; le facies profondément altéré. De temps à autre, survenaient de véritables paroxysmes accompagnés de crampes violentes aux extrémités inférieures, et de rétraction des testicules vers l'anneau inguinal. Une constipation opiniâtre durait depuis 6 jours; l'évacuation des urines était rare et peu abondante. Le malade ne pouvait en outre rien garder de ce qu'on lui faisait prendre, et rejetait tout par le vomissement.

La première indication que remplit le docteur Ruva fut de chercher à débarrasser les intestins du plomb qu'ils renfermaient encore, au moyen de lavements purgatifs. Deux saignées furent ensuite successivement pratiquées et suivies de l'application de douze sangsues à l'anus, répé-

---

» propellant impedimentum in intestinis hærens. (*De flatibus*, » § 31.)» Mais Sydenham s'éleva avec raison contre les effets nuisibles de cette médication, qu'il réprouva par cette proposition plus raisonnable: « Hæc parum conducere et noxam sæpe aut con» temnendam inferre (Sydenham, *Op. med.*, sect. I, c. IV).»

tée plus tard à l'épigastre ; des fomentations et des cataplasmes furent aussi appliqués sur le ventre. Sous l'influence de cette médication bien dirigée, les douleurs diminuèrent; l'estomac put garder quelques cuillerées d'eau de laurier-cerise, et bientôt après une potion avec l'huile de ricin. Enfin l'on put obtenir une selle abondante de matières porracées et fétides, dans lesquelles on recueillit environ trois onces de plomb. Dès ce moment l'état du malade changea. Aux douleurs intolérables succéda un calme consolant; le malade put reposer. Alors on vit s'amender et disparaître successivement tous les phénomènes morbides; les hoquets, que suscitait la plus petite quantité de boisson, cédèrent à l'emploi de la magnésie et de l'acide sulfurique étendu d'une grande quantité d'eau ; la fièvre finit par disparaître, et avec elle l'acuité des douleurs abdominales. Cependant quelques douleurs vagues, avec sentiment de pesanteur, se firent encore sentir, tantôt dans la région du cœcum, tantôt dans celle du colon descendant. Le retour des crampes et de quelques-uns des symptômes précédents, fit présumer que la totalité du plomb avalé n'avait point été entièrement expulsée. Aussi l'usage de l'huile de ricin et de la magnésie fut continué.

Quarante-six jours s'étaient écoulés depuis que Pézonzino avait avalé le plomb pour la première fois; il se croyait définitivement guéri, lorsqu'un léger excès dans le manger rappela tous les accidents avec une telle violence qu'on fut obligé de recourir encore à la saignée et aux autres moyens précités. Cette récidive amena une déjection alvine, dans laquelle on recueillit encore 2 onces de plomb qui complétèrent 10 onces.

La convalescence fut très-pénible, et ne dura pas moins de deux mois; mais elle fut suivie d'un rétablissement

complet; et, depuis 8 mois qu'il est guéri, Pézonzino a joui d'une santé parfaite.

(*Annali universali di medicina*, novembre e dicembre 1837.)

G. VIGNOLO.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Décembre 1837.)

Ventouses cylindriques de M. Junod. — Phthisie pulmonaire. — Traitement électrique dans les affections nerveuses. — Examen du sang.

SÉANCES DES 4, 11, 18 et 25 DÉCEMBRE. — *Ventouses cylindriques.* — M. Junod présente plusieurs observations de maladies guéries ou soulagées à l'aide des grandes ventouses de son invention. Les faits que l'auteur présente sont relatifs à des méningites, des hémoptisies, des métrorrhagies, des fièvres intermittentes opiniâtres, des céphalalgies périodiques et des congestions cérébrales. M. Junod a soumis les membres thoraciques ou abdominaux, ou les uns et les autres à la fois, chez ses malades, à l'action de ses cylindres pneumatiques (1).

---

(1) Voir dans la *Revue médicale* (tome III de l'année 1834, p. 350), le mémoire lu par M. Junod à l'Académie des sciences, le 25 août 1834, et qui a pour titre : *Recherches physiologiques et thérapeutiques sur les effets de la compression et de la raréfaction de l'air, tant sur le corps que sur les membres isolés*, avec une planche lithographiée qui donne les diverses figures de ses ingénieux appareils.

Phthisie pulmonaire. — M. Chénau adresse un mémoire manuscrit, intitulé : *Introduction à des recherches nouvelles sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire.* L'auteur divise son travail en deux parties; dans la première, il expose l'étiologie de la maladie d'après ses recherches; dans la seconde, il fait connaître le traitement qui doit être variable suivant les conditions particulières de l'affection. L'auteur s'attache d'abord à la partie hygiénique de la médication; il passe ensuite aux éléments pharmaceutiques qui doivent varier selon les cas, ceux dont il fait usage sont l'acide prussique, la digitale, l'émétique, l'opium, l'aconit, l'acétate de plomb et de fer. Il prétend avoir guéri dix malades atteints de phthisie au troisième degré, à l'aide du traitement mixte qu'il indique. (Commissaires, MM. Double et Serres.)

Affections nerveuses guéries par un traitement électrique. — M. Magendie présente à l'Académie un officier polonais devenu complètement sourd et complètement muet-aphone, à la suite d'une chute de cheval dans une charge de cavalerie.

Soumis depuis un an à l'action des courants électriques appliqués directement aux nerfs, à l'aide d'aiguilles de platine, ce jeune homme a aujourd'hui l'oreille aussi fine qu'avant son accident.

Son aphonie, qui était telle qu'il ne pouvait même pas produire le son de la voix basse, a cessé, en ce sens qu'il peut émettre le son vocal net et plein, mais il ne saurait encore ni le soutenir, ni l'articuler. Le son est un peu mieux soutenu lorsqu'il le fait sortir par le nez et non par la bouche, ce qui montre l'influence du tuyau porte-voix. Au reste, comme la position du malade s'améliore chaque jour sous ce rapport, il y a tout lieu d'espérer qu'il devra à l'emploi de l'électricité une guérison entière, et

qu'il recouvrera la parole comme il a recouvré l'usage de l'ouïe.

M. Magendie parle ensuite d'heureux résultats qu'il obtient de l'emploi des courants électriques dans les maladies des sens, et particulièrement dans les névralgies ; une seule application a suffi pour enlever la douleur.

M. Becquerel ajoute quelques détails sur le traitement d'un homme atteint d'une amaurose presque complète. M. Magendie, à qui il avait adressé ce malade, le soumit au traitement dont il vient d'être parlé, c'est-à-dire en faisant passer, au moyen d'aiguilles en platine, un courant galvanique dans le trajet des nerfs affectés, ou plutôt, dans ce cas, dans le trajet de deux rameaux de la cinquième paire qui, comme on le sait, réagissent sur les nerfs des sens. Dans ce cas, ce dut être sur le trajet des nerfs frontal et sous-orbitaire. Après peu de temps de traitement, la rétine est devenue sensible peu à peu à l'impression de la lumière; au bout de trois mois, il y avait déjà une amélioration sensible dans la vue. Le malade étant retourné dans son pays, il y a trois mois, M. Becquerel engagea la femme de ce malade à suivre le traitement, en introduisant trois fois la semaine, pendant cinq minutes, les aiguilles à l'endroit des cicatrices. Elle s'acquitta fort bien de cette fonction, et elle a continué à opérer jusqu'à ce jour. Aujourd'hui, le malade voit assez bien pour se conduire sans guide dans les rues.

Examen du sang. — M. Dumas communique une note de M. Denis Beudant sur le sang humain. Ses recherches l'ont conduit, relativement au sang à l'état sain, aux conclusions suivantes :

1° L'albumine et la gélatine ne sont qu'une seule et même substance ; et l'albumine n'est liquide qu'en raison de la combinaison qu'elle a contractée avec un mélange

salin de 13 parties de sels neutres solubles dans l'eau, et d'une partie de soude contenue dans le sang. Aussi peut-on faire à volonté artificiellement du sérum ou du blanc d'œuf avec de la fibrine et une solution des mêmes sels avec addition de soude.

2° Les corpuscules centraux des globules colorés du sang sont formés d'albumine solide ou fibrine.

3° Le sang à l'état sain renferme toujours la substance jaune biliaire qu'on a rencontrée constamment aussi dans le sang et le tissu des ictériques.

4° Le sérum a toujours une composition identique chez tous les individus bien portants; il en est de même des globules, et les diverses espèces de sang ne diffèrent entre elles que par la proportion de ces deux parties.

5° Les substances immédiates groupées dans la composition du sérum et des globules s'y trouvent en proportion numérique très-simple; ainsi le sérum étant 1000, les sels sont 10; les matières grasses neutres jointes aux corps colorants jaune et bleu 20; l'albumine 80; et l'ensemble de ces substances solides relativement à l'eau, laquelle est 900, forme un total de 100.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Novembre et Décembre 1837.)

Discussion sur l'introduction de l'air dans les veines.—Hydrophobie.— Élections des membres du bureau et du conseil.— Mort de M. Louyer-Villermay.

Séance du 28 novembre. — *Introduction de l'air dans les veines.* — M. Bouillaud fait, au nom de la commission dont il est l'organe, un rapport sur les expériences relatives à

l'introduction de l'air dans les veines, faites par M. Amussat sur les animaux vivants.

M. Bouillaud rappelle sommairement, dans la première partie de son rapport, tout ce qui a été dit sur l'introduction de l'air dans les veines; la seconde partie contient les travaux de la commission, dont voici le résumé.

Les expériences ont été faites sur des chiens, sur des chevaux, sur des mulets, sur des ânes. M. Bouillaud les rapporte une à une avec des détails dans lesquels il nous serait impossible de le suivre ; mais il a senti lui-même la nécessité de se résumer. Il traite dans ce résumé du mécanisme, des signes de l'introduction de l'air dans les veines, des altérations anatomiques qui s'observent après ce phénomène, des accidents auxquels il donne lieu, des moyens d'y remédier et finalement des conséquences qu'on en peut déduire.

Signes. Il est un signe auquel il est presque impossible de se méprendre. Toutes les fois que sur un animal on ouvre une veine voisine du cœur, l'air entre spontanément dans cette veine, et, en entrant, il fait entendre un bruit particulier qu'on ne saurait mieux comparer qu'au *lappement* pour les chiens, et à un *glou glou* pour les chevaux. Ce bruit, disons-nous, est constant, caractéristique, spécifique : c'est M. Amussat qui, le premier, l'a fait connaître. Il l'a décrit fort au long dans un mémoire inséré par lui dans le tome v des Actes de l'Académie. A ce signe, il faut en ajouter un autre, c'est un bruit de soufflet que l'oreille perçoit distinctement en s'approchant de la région du cœur.

État du cœur et des vaisseaux. Lorsqu'on examine le cœur d'un animal qu'on a fait périr en insufflant de l'air dans ses veines, on trouve constamment l'oreillette droite distendue par du gaz ; on en trouve aussi dans l'artère pul-

monaire; on en trouve quelquefois dans les vaisseaux du crâne. Cet air est en si grande quantité, qu'il n'est pas nécessaire d'ouvrir les cadavres sous l'eau pour le découvrir; à peine l'oreillette est-elle ouverte, qu'il s'échappe en bulles avec le sang, et cela de la manière la plus sensible pour tous les yeux.

Les cavités gauches en sont presque toujours exemptes sur les chiens; on dit *presque toujours* parce que M. Bouillaud a cité une exception. Une fois donc on a trouvé quelques bulles de gaz dans l'oreillette gauche; mais ce qui est infiniment rare sur les chiens est au contraire fort commun dans les chevaux. L'air pénètre généralement dans les deux cavités. D'où vient cette différence? M. Bouillaud hasarde une explication, mais il ne la donne lui-même que comme une hypothèse. Il suppose que les organes du cheval ont plus de perméabilité que ceux du chien.

Accidents. Aussitôt que vous avez entendu le bruit qui vous annonce que l'air pénètre dans la veine, vous voyez la respiration devenir de plus en plus fréquente; la circulation s'accélère dans la même proportion; les urines et les matières fécales s'échappent spontanément, et finalement les animaux succombent. La mort arrive communément de une à dix minutes, suivant les forces de résistance vitale propres à chaque individu, son volume, etc. Elle n'est jamais plus prompte que quand on fait tenir les animaux debout pendant l'opération.

Si on suspend l'opération avant la fin de l'animal, c'est-à-dire si on arrête l'introduction de l'air en bouchant la veine, il n'est pas rare qu'il revienne à lui et qu'il se rétablisse : par où l'on voit que la mort n'est pas toujours aussi prompte qu'on le pouvait croire d'après les observations faites sur l'homme. Au dire des chirurgiens qui ont eu le

malheur d'être témoins de faits pareils, l'homme, en effet, mourait dans un instant presque indivisible. Les animaux, disons-nous, succombent plus lentement; mais si, au lieu d'un air atmosphérique, on fait pénétrer dans les veines l'air qui a servi à la respiration; en d'autres termes, si un homme souffle avec la bouche dans une veine, l'animal périt sur-le-champ. Trois chiens ont été tués ainsi dans une demi-minute.

Les causes de la mort ne sont point douteuses. La principale est sans contredit l'énorme distension de l'oreillette, distension qui met cet organe hors d'état de se contracter, et, par conséquent, de remplir ses fonctions. Il faut compter aussi pour quelque chose la présence de l'air dans l'artère pulmonaire, lequel altère nécessairement la composition du sang.

Moyens thérapeutiques. On a proposé l'application d'un bandage serré autour du corps pendant les opérations où l'on peut craindre l'accident dont nous parlons. Comme l'entrée de l'air a lieu pendant l'inspiration, on avait pensé que si on gênait ce mouvement de la poitrine, on diminuerait d'autant les chances de l'accident. On a essayé de ce moyen une fois, il n'a produit rien de bon; il est vrai que l'exécution n'a pas été bien faite.

Nysten a proposé des compressions répétées et saccadées sur la base de la poitrine. Il est certain que cette manœuvre fait sortir des vaisseaux de l'air avec du sang; mais la commission ne la croit pas moins insuffisante.

Conséquences. Quelque délicat qu'il soit de conclure d'une espèce à une autre, cependant il n'est guère permis de douter que l'air ne puisse pénétrer dans les veines de l'homme, puisqu'il pénètre dans celles des chiens et des chevaux. Le doute serait ici d'autant plus déplacé que ce phénomène est tout physique. Supposez donc que, dans

la manœuvre d'une opération, un chirurgien ouvre une veine d'un certain calibre et voisine du cœur comme la veine axillaire; supposez que, par l'effet de la maladie ou par toute autre cause, cette veine reste béante : en ce cas, quel doute qu'elle n'aspire ou ne puisse aspirer l'air atmosphérique qui l'entoure ?

Toutefois les expériences sur ces animaux ne font pas comprendre comment la mort a lieu si promptement sur l'homme, ou comment les chiens et les chevaux survivent plus long-temps que lui au même accident.

La conclusion finale de ce rapport est que M. Amussat a bien mérité de la science et que l'Académie doit lui voter des remerciements.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 2 DÉCEMBRE. — *Hydrophobie.*

M. le docteur Béranger, de Senlis, lit une notice sur un cas d'hydrophobie, suivie de réflexions. Il s'agit d'une certaine baronne qui, ayant été mordue par son chien, éprouva, le 46ᵉ jour de la blessure, tous les symptômes de l'hydrophobie, auxquels elle a succombé.

M. Béranger s'est inoculé à la main, avec une lancette, quelques gouttes du crachat de la malade ; il a éprouvé, le neuvième jour de l'inoculation, quelques spasmes au gosier, de l'agitation et de l'insomnie; le 45ᵉ jour, il est saisi de resserrement vif à la gorge, embarras dans la parole, suffocation, terreur. Reprenant alors son courage, M. Béranger combat ces symptômes par la médecine morale, c'est-à-dire par la distraction et la gaîté. « Je suis convaincu, dit ce médecin, que j'aurais éprouvé tous les symptômes de l'hydrophobie, et que j'aurais succombé comme la malade dont je viens de rapporter l'histoire, si je m'étais frappé le moral comme elle. »

Il conclut de ce qui précède que l'hydrophobie n'est

qu'une maladie de l'imagination, et que le virus de la rage est une chimère.

Passant ensuite à la lecture de quelques propositions, l'auteur déclare :

1° Que l'hydrophobie n'est qu'une névrose de la glotte, ou une glottalgie analogue à l'asthme aigu.

2° Que la cause de cette maladie est dans l'imagination frappée de l'idée de la rage.

3° Que la mort des hydrophobes a lieu par une véritable strangulation causée par le resserrement spasmodique de la glotte.

4° Que le meilleur remède pour la prévenir est d'agir sur le moral en dissipant la frayeur.

5° Enfin, que pour la guérir lorsqu'elle est survenue, rien de mieux que de pratiquer la laryngotomie, injecter de l'eau dans l'estomac à l'aide d'une sonde œsophagienne, et appliquer trois vésicatoires qu'on doit saupoudrer souvent de morphine : deux sur les côtés du larynx, l'autre à la nuque.

L'auteur ajoute que ce traitement a déjà réussi une fois entre les mains d'un médecin qui se trouvait en voyage dans le nord, et qu'il ne peut pas nommer par des raisons particulières.

SÉANCES DES 5 ET 12. *Résumé des expériences sur l'introduction de l'air dans les veines.* M. Amussat lit le résumé de ses expériences, qu'il divise en plusieurs catégories.

Dans la première, il range toutes celles qui sont relatives à l'introduction spontanée de l'air, et d'abord il fait remarquer que ce phénomène ne peut avoir lieu dans l'état normal que dans les veines où on observe le reflux du sang ou le pouls veineux. Ces veines sont toutes celles qui se trouvent dans l'espace qu'on pourrait circonscrire par deux li-

gnes semi-elliptiques allant d'une aisselle à l'autre, l'une au-dessus des clavicules, l'autre au-dessous; c'est cet espace qu'il nomme dangereux.

Sur 19 animaux de volume et d'espèce fort différents, 16 sont morts dans un espace de temps qui a varié de 5 à 54 minutes. Chez presque tous, les cavités droites du cœur contenaient seules de l'air, les poumons étaient sains et il y avait rarement des bulles d'air dans les veines du cerveau.

La seconde série renferme les expériences faites pour constater l'influence de la soustraction d'une certaine quantité de sang artériel ou veineux, sur la production du phénomène de l'introduction spontanée de l'air dans les veines. Sur quatorze animaux préalablement affaiblis et mis ainsi à peu près dans les mêmes conditions que les malades qui subissent une opération grave, sur ces 14, dis-je, 13 sont morts de 1 à 25 minutes. A l'autopsie on a trouvé très-souvent de l'air dans les cavités gauches du cœur, ce qui explique d'une manière assez satisfaisante la promptitude de la mort, parce qu'alors les fonctions des trois organes principaux, le cœur, le poumon et le cerveau, sont troublés par la présence de l'air qui a pu pénétrer par des vaisseaux subitement désemplis. A l'occasion des expériences de cette série, M. Amussat fait remarquer que l'affaiblissement par une perte de sang ou par la douleur, a une influence bien plus grande sur la promptitude des effets de l'introduction spontanée de l'air dans les veines, que l'affaiblissement par la fatigue, la vieillesse ou la maladie, et comme tout ce qu'il avance dans son travail est basé sur des expériences et sur des faits, il cite à ce sujet quelques expériences concluantes.

La troisième série renferme les expériences dont le but est de démontrer que si on analyse les veines de la région

dangereuse, c'est-à-dire si on leur substitue des parois inflexibles comme celles des artères, on peut étendre beaucoup au-delà du point où a lieu le reflux du sang le phénomène de l'introduction spontanée de l'air. Ces expériences, par leurs résultats, corroborent les faits observés sur l'homme dans lesquels l'introduction de l'air a eu lieu bien au-delà du reflux du sang par l'ouverture de veines dilatées et tenues béantes après leur section, par des tissus indurés.

La quatrième série comprend des expériences déjà faites depuis long-temps ; elles sont relatives à l'introduction forcée de l'air dans les veines, par insufflation avec la bouche ou par injection avec une seringue, soit brusquement, soit lentement. Tous les animaux sur lesquels l'insufflation avec la bouche a été faite brusquement du côté du cœur par une des veines jugulaires ou axillaires , sont morts avec une rapidité telle qu'à peine si on avait le temps d'observer ce qui se passait entre l'instant de l'introduction de l'air et la mort. Chez ceux qui ont été soumis à l'insufflation lente , la mort est arrivée moins promptement. Elle a eu lieu à peu près dans le même espace de temps que par l'introduction spontanée.

L'introduction forcée avec une seringue n'a pas donné des résultats aussi constants. Souvent l'instrument laissait échapper l'air ; aussi M. Amussat a-t-il renoncé de bonne heure à ce moyen qui ne peut pas être comparé à l'insufflation, si pour la faire on a toujours soin de lier exactement la veine sur le tube, afin que l'air insufflé ne puisse pas s'échapper entre les parois de celui-ci et celles de la veine.

A l'autopsie des animaux soumis aux expériences de cette série, les cavités droites et gauches du cœur étaient remplies d'air ainsi que les veines du cerveau. L'explication de la promptitude de la mort comparée à celle déter-

minée par l'introduction spontanée se trouve donc probablement dans la lésion simultanée du cœur, du poumon et du cerveau.

Les expériences de cette série, quoique très-intéressantes, n'ayant pas directement trait au sujet dont M. Amussat s'occupe, il reprend la première série, c'est-à-dire l'introduction spontanée de l'air, et cherche toujours, par l'expérimentation, quels sont les moyens pour éviter, arrêter ou détruire ce fâcheux accident. D'une série d'expériences qu'il a faites dans ce but, il résulte :

1° Qu'il n'est pas possible de prévenir l'entrée de l'air dans une veine en comprimant préalablement la poitrine et le ventre de l'animal avec des bandes, et que la seule compression efficace est celle qu'on exerce directement sur le tronc veineux principal.

2° Que ce qu'il y a de mieux à faire lorsqu'on s'aperçoit de l'accident, c'est de boucher promptement l'ouverture pour en empêcher la continuation. Au contraire, s'il est entré beaucoup d'air et que l'animal résiste, si on voit sortir du sang écumeux à chaque expiration, c'est un signe favorable, car si on ferme l'ouverture, l'animal meurt promptement.

3° Que la compression de la poitrine et du ventre peut, en favorisant l'expiration, déterminer l'expulsion de l'air introduit, en ayant le soin de boucher l'ouverture veineuse pendant l'inspiration.

4° Enfin, que l'aspiration avec un tube et une seringue peut être employée avantageusement, quoique souvent les animaux meurent avant même qu'on ait eu le temps de s'en servir.

De toutes les expériences comprises dans les séries qui précèdent, il résulte, dit M. Amussat :

1° Que l'introduction spontanée de l'air par une ouver-

ture pratiquée à une veine, de la partie inférieure du cou et de la partie supérieure de la poitrine où s'observe le pouls veineux, est un phénomène constant.

2° Que cette entrée de l'air produit presque toujours un bruit particulier difficile à confondre avec tout autre, parce qu'il a des caractères distincts.

3° Que l'intensité du phénomène est en raison directe de l'ouverture de la veine, de son volume, du voisinage du cœur, et surtout de la force de l'inspiration.

4° Que le danger de l'introduction de l'air dans les veines est d'autant plus grand que l'animal a perdu plus de sang, et qu'il a souffert plus long-temps.

5° Qu'à l'ouverture de la poitrine des animaux morts subitement par l'introduction spontanée de l'air dans les veines, on trouve constamment les cavités droites du cœur balonnées, distendues par de l'air plus ou moins mêlé de sang, tandis que les cavités gauches sont presque toujours vides, et ne contiennent que peu ou point d'air.

6° Que la cause de la mort paraît devoir être attribuée surtout à l'interruption de la circulation pulmonaire.

7° Que la position verticale, sur laquelle M. Bouillaud a beaucoup insisté dans son rapport, favorise souvent l'introduction de l'air, parce que l'animal s'agite et fait alors de plus grandes inspirations.

8° Que la canalisation des veines peut étendre l'introduction de l'air beaucoup au-delà de ses limites déterminées par le reflux du sang.

9° Que la compression préalable de la poitrine et du ventre n'empêche pas la production du phénomène.

10° Que l'aspiration de l'air est produite uniquement par les parois thoraciques, et nullement par le cœur ni par le poumon.

11° Que l'air sort pendant l'expiration dans toutes les

positions où on place l'animal; mais que quand on le met debout, le sang séjourne dans la plaie, s'y coagule et bouche l'ouverture.

12° Que la compression de la poitrine et du ventre après l'expiration favorise, en la répétant plusieurs fois, la sortie de l'air, et aide le cœur à se débarrasser de l'air qui distend ses cavités droites.

13° Enfin, que l'aspiration avec un tube et une seringue de verre permet d'observer qu'on retire plus de sang que d'air: mais on peut repousser le sang, garder l'air, et recommencer l'opération de manière à aspirer tout l'air contenu dans les cavités droites du cœur.

D'après ce résumé, M. Amussat pense que le fait sur lequel il a appelé l'attention de l'Académie est maintenant établi d'une manière incontestable par le fait de ses expériences. Il cherche ensuite à démontrer que le phénomène de l'introduction spontanée de l'air peut avoir lieu sur l'homme comme sur les animaux, et que les faits observés sur l'homme sont pour la plupart incontestables.

Ces faits, au nombre de trente environ, sont classés en quatre catégories.

La première comprend 9 faits qu'il regarde comme irrécusables, ceux dans lesquels le bruit de l'air, les symptômes, la mort et les lésions cadavériques sont les mêmes que sur les animaux.

La deuxième comprend 8 faits dont l'autopsie seule manque pour les rendre aussi irrécusables que ceux de la première catégorie.

La troisième renferme 10 faits de guérison: 8 sur l'homme, 2 sur le cheval.

La quatrième enfin est réservée pour les cas douteux.

Après avoir cité un nouveau fait très-concluant qui lui a été rapporté par un célèbre chirurgien étranger, M. War-

rin, M. Amussat analyse les faits de la première catégorie; et prouve que l'analogie est complète avec ce qu'on observe sur les animaux, sous le quadruple rapport du bruit particulier de l'air, des symptômes, du genre de mort et des lésions cadavériques.

Le bruit que fait l'air en pénétrant par une veine ouverte accidentellement ou à dessein, est le même sur l'homme que sur les animaux. C'est une espèce de sifflement particulier, et comme l'air se mêle souvent au sang, alors ce bruit devient humide et ressemble au glou-glou, claq-claq ou au lapement du chien.

Les symptômes sont chez les opérés presque toujours les mêmes, et ils sont très-caractéristiques : c'est un cri de désespoir, un pressentiment funeste qu'ils expriment immédiatement après l'introduction de l'air. Ces symptômes offrent la plus grande analogie avec ceux qu'éprouvent les animaux. Bien qu'ils ne parlent pas, on voit par l'angoisse qu'ils éprouvent, par leurs cris, leurs mouvements et l'accélération de la respiration qu'ils éprouvent une gêne douloureuse et suffocante, et que l'harmonie des fonctions circulatoires et respiratoires vient d'être subitement détruite.

La mort qui arrive après l'introduction de l'air a aussi des caractères distincts. C'est par une syncope d'un genre tout particulier, qui ne ressemble pas à la syncope ordinaire.

Enfin, les lésions cadavériques sont les mêmes sur les animaux que sur l'homme; quand bien même on n'aurait pas entendu le bruit, si on trouve du sang écumeux couleur lie de vin dans les cavités droites du cœur et dans l'artère pulmonaire, on peut dire hardiment que c'est l'introduction spontanée de l'air qui a causé la mort.

Les effets cadavériques de l'air dans le cœur ne sont pas aussi fugaces qu'on pourrait le croire ; car, comme le prouvent des expériences sur les animaux, on les observe

parfaitement long-temps après la mort. Par conséquent, on ne peut révoquer en doute les faits recueillis par les chirurgiens.

Passant rapidement sur les faits compris dans les trois dernières catégories, M. Amussat prouve par des recherches nombreuses que sur les cadavres ouverts même pendant les chaleurs de l'été, 18, 24 heures après la mort, on ne trouve pas d'air dans le cœur comme on l'a avancé, ou si l'on en trouve, ce sont quelques bulles de gaz qui se sont développées par un commencement de putréfaction, ou quelques bulles d'air qui s'introduisent quand on ouvre les cavités de cet organe sans précaution.

Pour expliquer le mécanisme de l'introduction de l'air par une veine blessée, et pour démontrer encore d'une manière plus évidente qu'il n'est pas possible de confondre les résultats de ce phénomène même avec la présence d'une grande quantité d'air dans le cœur, M. Amussat a répété plusieurs fois et toujours avec succès, notamment en présence de MM. Guéneau de Mussy et Bouillaud, l'expérience suivante.

Si, après avoir ouvert une des veines jugulaires ou sous-clavières très-près de la poitrine, on simule la respiration en pressant alternativement les parois de cette cavité; alors le phénomène de l'introduction de l'air a lieu par l'action des parois thoraciques qui font l'office de soufflet ou de pompe. En ouvrant la poitrine et le péricarde avec soin, on trouve les cavités droites distendues, et lorsqu'on les ouvre, l'air s'échappe en masse et elles s'affaissent, les cavités gauches sont dans l'état normal. Dans cette expérience, les cavités droites sont, comme on le voit, distendues par de l'air, mais cet air n'est pas mêlé au sang. Ce sang n'est pas écumeux, caractère essentiel qui établit une différence entre l'air introduit pendant la vie, et l'air introduit après la mort.

La question de l'introduction spontanée de l'air dans les veines, considérée sous le rapport physiologique et chirurgical, étant éclairée par les faits observés sur l'homme et par les expériences nombreuses sur les animaux, voyons, dit M. Amussat, si la médecine légale ne pourrait pas tirer parti de ces résultats. Evidemment, dit-il, si à l'ouverture du cadavre d'un individu qui aurait succombé à une blessure des veines jugulaires ou sous-clavières, par laquelle il ne se serait pas écoulé une grande quantité de sang, on trouvait les cavités droites remplies de sang écumeux, on pourrait dire avec assurance que c'est l'introduction de l'air qui a causé la mort. Tandis que si l'air contenu dans ces cavités n'était pas mêlé au sang et qu'il s'échappât en masse, on pourrait affirmer qu'il s'est introduit après la mort.

Maintenant que le fait de l'introduction spontanée de l'air dans les veines est établi par les faits recueillis sur l'homme et par les expériences sur les animaux, il est essentiel d'en tirer des inductions pour la médecine opératoire. Comme cet accident n'est possible que lorsqu'on blesse une des veines de la partie supérieure de la poitrine ou de la partie inférieure du cou, du creux de l'aisselle, dans lesquelles on observe le reflux du sang ou le pouls veineux, il sera nécessaire, lorsqu'il s'agira d'opérer dans cette région dangereuse et même au-delà (puisque l'état pathologique des tumeurs, en tenant écartées les parois des veines, peut étendre un peu au-delà la possibilité du phénomène), de faire comprimer le tronc veineux principal entre le cœur et la partie sur laquelle on opère; c'est aussi ce que l'on fait pour prévenir l'hémorrhagie. Dans un cas, c'est pour empêcher le cœur de donner du sang; dans l'autre, c'est pour l'empêcher de recevoir de l'air.

De tout ce qui précède, on peut tirer, dit M. Amussat, les conclusions suivantes :

1° Que le phénomène de l'introduction spontanée de l'air dans les veines blessées et son danger est désormais un fait incontestable établi d'après les observations sur l'homme, ainsi que par les expériences sur les animaux vivants et même sur le cadavre.

2° Que cet accident est grave, et d'autant plus grave que le malade est plus affaibli et qu'il fait de plus grandes inspirations.

3° Que la mort est le résultat de la distension des cavités droites du cœur, ou en d'autres termes, de l'interruption de la circulation.

4° Que la médecine légale peut tirer partie de ce fait nouveau, pour distinguer si l'air contenu dans le cœur s'est introduit pendant la vie ou après la mort.

5° Que l'introduction de l'air par une veine blessée dans le voisinage du sommet de la poitrine, a lieu par l'inspiration uniquement.

6° Que le moyen sûr d'empêcher l'accident d'avoir lieu quand on pratique une opération chirurgicale dans cette région, c'est de faire comprimer la veine principale entre le cœur et la partie sur laquelle on opère.

7° Que lorsque l'accident se produit, il faut l'empêcher le plus promptement possible en bouchant l'ouverture de la veine.

8° Que lorsque le malade ne revient pas promptement, il faut employer tous les moyens indiqués.

9° Que dorénavant les chirurgiens doivent s'exercer à reconnaître cet accident en faisant des expériences sur les cadavres et sur les animaux vivants, afin d'être en mesure de prévenir et de remédier à l'accident autant que possible.

M. Gerdy succède à M. Amussat; quoique membre de la commission au nom de laquelle M. Bouillaud a fait un

si long rapport, M. Gerdy ne saurait partager toutes les opinions de son collègue. Il a suivi les expériences d'assez près pour se croire autorisé à en parler, et c'est ce qu'il fait fort en détail. Dans l'impossibilité de reproduire ici cette lecture, nous nous attacherons aux conclusions, comme nous avons fait pour le rapport de M. Bouillaud.

M. Amussat, dit M. Gerdy, s'est appliqué à mettre les animaux sur lesquels il expérimentait dans les mêmes conditions que les personnes qui sont opérées lorsque l'air pénètre dans les veines, et pour cela, il les a affaiblis, et pour les affaiblir, il leur a ôté une certaine quantité de sang. Mais, messieurs, quelle différence entre l'affaiblissement prompt, rapide d'une hémorrhagie traumatique, et l'affaiblissement lent, graduel d'une maladie chronique! Et puis, est-ce que la cause de cette faiblesse, souvent plus apparente que réelle, est toujours la même? loin de là, elle succède quelquefois à la diète, quelquefois à une suppuration, d'autres fois à une diarrhée, etc. Ainsi cette comparaison est insoutenable.

M. Amussat dit que toutes les fois qu'on divise une veine voisine du cœur, telles que l'axillaire et la jugulaire, l'air y pénètre de lui-même. C'est encore une proposition beaucoup trop générale et que je ne saurais partager. Premièrement, le fait n'est rien moins que constant, et, pour le réaliser, il faut prendre des précautions toutes particulières. Ainsi, non-seulement il faut ouvrir largement la veine, mais il faut faire écarter l'épaule du tronc, il faut éloigner les caillots que forme le sang en se coagulant; il faut éponger soigneusement les parties, et tenir la veine béante, toutes choses qui ne se font pas dans les opérations qu'on pratique sur le corps de l'homme. En donnant tous ces soins, il est vrai que l'air s'insinue dans les veines,

mais l'effet en est moins redoutable, moins promptement funeste qu'on ne dit : sur 17 animaux, 5 y ont résisté, quelque persévérance qu'on ait mise à les faire périr, et ceux qui ont succombé ont encore vécu 5, 10, 15, 25, 30 minutes, et plus. Or, pourquoi les chiens, par exemple, sont-ils si lents à mourir, lorsque l'homme meurt à l'instant même de l'accident comme frappé de la foudre ? Pourquoi ? c'est que la plupart des opérés que les chirurgiens font mourir de l'introduction de l'air dans les vaisseaux sont morts de toute autre chose. Et comment aurais-je une autre opinion, moi qui ai vu M. Amussat introduire dans la veine jugulaire un tube pour mieux favoriser l'entrée de l'air, sans obtenir le résultat qu'il avait annoncé ? Toujours quelque chose venait contrarier l'expérience ; tantôt c'était un caillot qui venait oblitérer le tube, tantôt le tube était trop petit. Trop petit ! Ah ! sans doute, si on fait une ouverture comme une porte-cochère, l'air aura toute facilité d'entrer; mais c'est aussi se placer dans des conditions qui ne se réalisent jamais sur la pauvre espèce humaine.

M. Amussat a mis au nombre de ses conclusions cette assertion, que la compression du thorax avant et pendant l'opération ne saurait s'opposer le moins du monde à l'entrée de l'air dans les vaisseaux sanguins. Et sur quels motifs a-t-il pris cette conclusion ? parce qu'une fois il a lié le thorax d'un chien avec une bande, et que le phénomène a eu lieu comme si on n'eût rien fait ? Cela est vrai, mais il faut vous dire que cette bande à demi-usée se coupait à tout instant, et qu'on a été obligé de lui substituer une ficelle. Ne voilà-t-il pas une expérience bien faite ? Mais, messieurs, le raisonnement est aussi quelque chose dans ce monde. Or, je dis qu'il est impossible que la compression circulaire de la poitrine n'ait pas l'effet que je lui ai attribué, car je ne décline pas la responsabilité de mes œu-

vres. En effet, quand se fait l'entrée de l'air dans les veines? précisément au même moment où il entre dans la poitrine, c'est-à-dire pendant l'inspiration et sous l'influence de l'inspiration. Or, si le fait est vrai, il est clair que tout ce qui gênera l'inspiration, gênera par la même raison l'entrée de l'air, non-seulement dans les poumons, mais dans les veines ouvertes.

Une autre idée capitale dans la mémoire de M. Amussat, c'est que l'air, en entrant dans la veine, fait entendre un bruit tellement caractéristique, que lorsqu'on l'a entendu une fois, on ne s'y trompe plus. Eh bien, c'est encore une erreur. Ce bruit varie de qualité, et la preuve qu'il varie, c'est que les uns le comparent à celui que fait entendre l'air qui passe sous la machine pneumatique; d'autres à un lapement, d'autres à un glou-glou. Qui faut-il croire, et lequel de ces bruits est le véritable? Il paraît cependant que sur les chevaux il ressemble assez bien au glou-glou d'une bouteille qui se vide. Tous ceux qui ont assisté aux expériences faites sur ces animaux s'accordent à cet égard, et je les crois volontiers sur parole; mais sur les chiens, c'est autre chose. Ce bruit y est quelquefois si obscur qu'on ne l'entend pas même en approchant l'oreille de la veine. Au reste, voulez-vous une preuve qu'on peut s'y tromper? rappelez-vous ce que vous a dit ici M. Blandin. Il extirpait une tumeur sous l'aisselle lorsqu'il entend tout-à-coup une espèce de sifflement. Sa première pensée est que l'air s'insinue dans un vaisseau, il y porte le doigt, et le bruit cesse; il recommence, et le bruit se fait entendre de nouveau; il regarde, et il découvre qu'il était produit par le sang lancé par une artère contre les chairs.

Quant à la cause de la mort, je suis persuadé qu'elle dépend de l'interruption de la circulation pulmonaire. Au reste, je crois que sur ce point mon opinion est conforme

à celle de M. Amussat. Je suis trop heureux de me rencontrer avec un confrère que j'estime, pour ne pas me réjouir de cette conformité, d'autant qu'elle est plus rare. Ainsi je ne saurais partager son illusion sur l'utilité d'introduire un tube dans la veine pour aspirer l'air. Premièrement, comment découvrir cette veine? ira-t-on à tout hasard ouvrir la veine jugulaire pour introduire ce tube? Pourquoi pas? s'écrie M. Amussat. Pourquoi pas? répète M. Gerdy, parce que l'expérience en a été faite une fois, et le malade est mort sur-le-champ.

Au reste, messieurs, je le répète, l'entrée de l'air dans les vaisseaux sanguins pendant les opérations chirurgicales est beaucoup plus rare qu'on ne croit. Rien de plus douteux, par exemple, que le fait cité par M. Amussat. Le fait même de Dupuytren, ce fait tant cité et si souvent donné comme type de l'accident dont nous parlons, ce fait est faux. Je le sais de la bouche même de deux témoins compétents, de MM. Lenoir et Thierry. La seule chose vraie, c'est que le malade périt entre ses mains. M. Sanson avait parlé à Dupuytren de l'entrée de l'air dans les veines, et il se rattacha à cette explication pour soulager sa conscience. Il y a des esprits qui se font facilement illusion; prenons garde de les imiter. Pourquoi serait-on plus facile à persuader en chirurgie qu'en histoire naturelle, par exemple? Quand un voyageur arrive de loin, il aime à parler de ce qu'il a vu, et souvent il apporte des dessins en place des objets qu'il n'a pu se procurer. Eh bien! il arrive souvent qu'il n'obtient aucune créance, parce qu'il s'est trouvé des voyageurs qui ont donné des dessins de fantaisie comme des copies fidèles de la nature. Assurément, M. Amussat est incapable de ces déguisements; mais je crois qu'il voit souvent les choses comme il les a conçues dans son esprit. En dernier résultat, je crois que la plupart des faits

qui nous ont été donnés comme des exemples de l'entrée de l'air dans les veines n'en étaient pas.

M. Amussat réfute les principales objections de M. Gerdy et s'appuie principalement sur l'opposition tranchée qui existe entre sa manière de voir et celle de M. Bouillaud. Il se félicite de ce que celui-ci ait été chargé du rapport sur ses expériences, et résume ainsi ses conclusions.

1° Les objections de M. Gerdy ne sont fondées que sur des raisonnements et des hypothèses, puisque pour établir une opinion contraire à la mienne et à celle de M. Bouillaud, il a été forcé de récuser les faits les plus authentiques et les expériences les plus concluantes.

2° M. Gerdy croit, pour ainsi dire, malgré lui, à la réalité du danger de l'introduction de l'air, puisqu'il ne veut pas permettre, dans la crainte de favoriser l'entrée de l'air, qu'on introduise un tube pour aspirer l'air renfermé dans le cœur.

3° Enfin, que le fait est désormais acquis à la science et à la pratique. Il l'était même avant le rapport de M. Bouillaud, car les praticiens croient au danger de l'introduction de l'air dans les veines, ils prennent des précautions pour éviter l'accident, et nous sommes persuadés que M. Gerdy en prendra, et beaucoup, lorsqu'il opérera dans la région dangereuse.

M. Blandin méconnaît dans le fait particulier de M. Amussat, qui a soulevé la discussion au sein de l'Académie, les véritables caractères de l'introduction de l'air dans les veines. Il résume ainsi son discours :

1° L'introduction de l'air dans les veines ne saurait avoir lieu pendant l'extirpation d'un sein cancéreux, parce que cet accident ne s'est jamais produit que dans les expériences faites sur les grosses veines en communication directe

avec le cœur ; or, dans l'ablation d'un sein, on est trop loin de ces veines.

2° M. Poiseuille a prouvé que cette introduction ne peut s'opérer qu'au sommet de la poitrine et dans des limites rigoureusement déterminées par l'expérimentation.

3° Après la position de la veine ouverte, ce qui contribue particulièrement à favoriser cet accident, ce sont la largeur de la blessure, les cris, les efforts, et tout ce qui tend à donner plus d'étendue au mouvement d'inspiration.

4° Le bruit que fait entendre l'air en pénétrant dans le vaisseau est fort variable : il ressemble assez bien à celui que fait entendre un chien qui boit, ce qui l'a fait désigner sous le nom de *lapement*, mais il n'a aucune analogie avec le sifflement que produit l'air en pénétrant sous la machine pneumatique. Du reste, quelquefois fort intense, fort distinct, il est d'autres fois si faible qu'il est difficile à l'oreille de le saisir nettement.

5° Sans doute, la principale cause de cet accident est dans l'aspiration qui se produit pendant l'inspiration, mais il est permis de croire aussi que la dilatation de l'oreillette y est pour quelque chose.

6° L'air s'insinue lentement dans la veine, aussi ne produit-il jamais ces morts subites, soudaines, que lui attribuent les chirurgiens.

7° De quelque manière que l'air s'insinue, il se mêle intimement avec le sang; des cavités droites du cœur, il passe quelquefois dans les poumons et revient dans les cavités gauches sans se dissoudre dans le sang.

8° A l'ouverture du corps, l'air n'est jamais trouvé libre dans les cavités droites, d'où il suit qu'il ne saurait se dérober aux regards attentifs de l'observateur.

9° Les moyens proposés pour prévenir l'introduction de l'air dans les vaisseaux sont sans valeur; c'est un point de

thérapeutique tout nouveau et sur lequel tout est à faire.

10° Il en faut presque dire autant des moyens de remédier à cet accident. Lorsque peu d'air a pénétré, il peut être sage de comprimer le vaisseau ; mais à coup sûr c'est imprudent lorsque beaucoup d'air a pénétré, car on ne s'y prendrait pas autrement pour l'empêcher de refluer.

M. Velpeau fait observer l'inconvenance des personnalités dans une discussion de ce genre ; il regarde comme hors de doute la possibilité de l'introduction de l'air dans les veines, et cite pour preuve 27 cas recueillis sur l'homme ; mais il se demande si, dans les circonstances où elle a lieu, il y a quelque moyen de l'empêcher ? On a proposé la compression de la veine et l'aspiration par un tube, mais l'une est impossible et l'autre exige un temps trop long, s'il est vrai, comme on le dit, que les opérés périssent comme frappés de la foudre.

SÉANCE DES 19 ET 26.— *Élection pour le renouvellement du conseil et du bureau.* Ces deux séances ont été consacrées en entier aux élections de la fin de l'année. Sont nommés pour 1838 :

MM. Moreau, président.
Husson, vice-président.
Roche, secrétaire annuel.
Renaudin, Villeneuve, Boulay et Boudet, membres du conseil.

— *Mort de M. Louyer-Villermay.* M. le président annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire en la personne de M. Louyer-Villermay, mort presque subitement. MM. Pariset et Husson donnent lecture du discours qu'ils ont prononcé sur sa tombe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Notice sur la vie et les écrits du Dr SABATIER,

Lue à la Société de Médecine de Paris, par M. PRUS, *secrétaire-général.*
(Imprimée par décision de la Société.)

C'est avec une douleur profondément sentie que je viens vous entretenir de la perte récente qu'a faite la Société de médecine de Paris de l'un de ses membres les plus jeunes et les plus laborieux, M. le docteur Sabatier. Si nous avons quelque peine à comprimer les sentiments qu'excite en nous l'injuste rigueur du sort, lorsqu'il frappe ces patriarches de la médecine, qui ont consacré une longue vie à l'exercice et à l'enseignement de leur art ; si nous ne pouvons voir alors, sans un regret amer, ces connaissances si péniblement acquises, ces talents pendant si long-temps consacrés au soulagement de l'humanité, anéantis du même coup qui précipite dans la tombe ces génies bienfaisants ; comment notre chagrin ne serait-il pas plus poignant, plus déchirant encore lorsque vient à périr sous nos yeux un jeune médecin qui, brûlant d'une sainte ardeur, a consumé ses plus belles années dans un travail assidu et plein de difficultés. S'il a reçu de la nature cette aptitude, cette vocation qui fait vaincre tous les obstacles, c'est pour qu'il expire au moment même où il s'élance pour atteindre le but ; si l'irrésistible besoin d'être utile à ses semblables lui a fait braver tous les dangers qui le poursuivaient dans les amphithéâtres et dans les hôpitaux, c'est pour que sa main soit glacée par la mort au moment où elle allait porter secours à l'homme souffrant ! Telle a été, Messieurs, la destinée de notre malheureux collègue.

Fils et petit-fils de médecin, Sabatier (Jean-Charles)

naquit à Orléans en 1805. C'est dans cette ville qu'il fit ses études classiques. Aussitôt qu'elles furent terminées, il se rendit à Paris. Placé d'abord, suivant le vœu de ses parents, chez un notaire, il ne put résister au penchant qui l'entraînait vers les sciences médicales; aussi se livra-t-il avec un zèle soutenu aux études si variées et si vastes qui sont nécessaires au médecin. L'internat fut la récompense de ses premiers travaux, et lui fournit l'occasion d'exercer son talent pour l'observation. Successivement élève de MM. Biet et Rayer, les maladies de la peau durent attirer d'abord son attention. Il était déjà riche d'un grand nombre de faits recueillis par lui-même, avec cette sagacité et cette bonne foi que vous lui avez tous reconnues, lorsque le 19 août 1831, il soutint à la Faculté une thèse sur l'*érysipèle considéré principalement comme moyen curatif dans les affections cutanées chroniques*. Dans ce travail remarquable, Sabatier donnait les principaux résultats qu'il avait déduits d'un grand nombre d'observations. Je ne puis m'empêcher de vous en citer quelques-uns.

Dans les maladies cutanées surtout, disait notre savant collègue, la juste appréciation des causes qui déterminent essentiellement chacune d'elles, reste pour nous un problème insoluble; notre ignorance est la même à l'égard des opérations toutes vitales qui, s'exécutant sous la spécialité de leur influence, donnent lieu, pour telle éruption, à telle forme primitive ou secondaire, à tels produits, à tel mode de terminaison, à telles complications, etc. L'observation enregistre ces faits, les compare, les distingue, et parvient, après avoir étudié chacun d'eux, à poser les bases d'un diagnostic différentiel, toujours essentiel à établir, et dont l'importance est en raison directe de la spécialité et de l'efficacité du traitement consacré par l'expérience; mais les actes dont ces faits sont le résultat restent encore

comme autant de secrets que la science n'a pu surprendre à la nature.

L'existence, la nature et les caractères spéciaux d'une éruption cutanée dépendent beaucoup plus des conditions particulières à l'organisme que de l'influence directe des causes que l'on a nommées occasionnelles, excitantes.

Un assez grand nombre de dermatoses chroniques, les unes rebelles aux seuls moyens de l'art, les autres déjà améliorées sous leur influence, se trouvent fréquemment modifiées d'une manière très-avantageuse, parfois même parfaitement guéries, lorsqu'une éruption cutanée essentiellement aiguë, et surtout lorsqu'un érysipèle viennent à se manifester pendant leur cours.

Les cas dans lesquels une guérison complète et radicale a été rapidement amenée par un érysipèle, sont ordinairement du nombre de ceux que le bénéfice du temps, du régime, des moyens locaux et hygiéniques aurait peut-être pu guérir également. Tels sont, par exemple, certains cas d'*eczema impetigineux*, de *sycosis labialis*, de *mentagre*, de *lichen simplex*, etc. Mais on peut citer aussi des cas de lupus et d'elephantiasis, guéris radicalement à la suite d'un érysipèle. Les cas où la guérison ne s'est pas soutenue, et, à plus forte raison, est restée d'abord incomplète ou nulle, sont du nombre de ceux à l'égard desquels les conditions précédentes constituent, en général, un traitement insuffisant, et qui, par cela même, réclament un traitement particulier, ou sont enfin, chez quelques individus, réellement incurables : *la gale*, *certains eczema*, la plupart des *syphilides* et des affections scrofuleuses, connues sous les noms divers de *dartre rongeante*, *lupus*, *estiomène*, certains genres de *psoriasis*, etc.

Cependant, chez un homme affecté d'un lichen syphilitique, un érysipèle a fait disparaître complètement les pa-

pules, et, un an après, l'éruption n'avait pas reparu. Aucun traitement n'a été dirigé contre l'affection syphilitique constitutionnelle, et cet homme paraît cependant très-bien guéri.

Sabatier a vu un autre érysipèle des plus graves, il est vrai, et qui faillit entraîner la mort du malade, être suivi de la cicatrisation rapide d'ulcères syphilitiques, de l'affaissement d'exostoses au cubitus et au péroné, de la disparition de tubercules de même espèce, et surtout d'une cataracte double commençante, qui avait été signalée chez le malade avant l'invasion de l'érysipèle, et qui était déjà assez avancée pour rendre la vision diffuse.

Dans les cas d'éruptions cutanées préexistantes, il faut éviter de confondre l'effet révulsif produit par une phlegmasie aiguë intercurrente avec la répercussion proprement dite, et se garder d'attribuer alors à une métastase les accidents nouveaux qu'on observe lorsque, en réalité, l'éruption n'a disparu ou n'a rapidement diminué que quand a éclaté la maladie nouvelle; car alors on prendrait l'effet pour la cause. Combien de fois de prétendues répercussions de la gale n'ont-elles pas poussé le médecin à administrer des remèdes plus ou moins actifs ou à soumettre les malades à un contact impur et dégoûtant, sans autre avantage, bien souvent, que de leur faire contracter une maladie qu'ils n'avaient peut-être jamais eue.

Il faut savoir enfin que quand les vésicules de la gale disparaissent au début ou dans le cours d'une phlegmasie interne, elles se montrent de nouveau aussitôt que la maladie qui les avait interrompues, est elle-même terminée. Sabatier rappelle à ce sujet l'observation d'un homme affecté d'une gale déjà ancienne et des mieux caractérisées, chez lequel une pneumonie double s'étant déclarée le jour même de son admission à Saint-Louis, et avant qu'il n'eût

fait aucun traitement, les vésicules psoriques s'affaissèrent bientôt et disparurent. Ce ne fut que quinze jours après, et lorsque la convalescence était bien établie, que reparut la gale avec tous les caractères qu'elle avait auparavant.

Sabatier, Messieurs, était du petit nombre de ces élèves studieux et réfléchis qui, jeunes encore, ont acquis dans nos hôpitaux une vaste instruction et une expérience en quelque sorte anticipée. Aussi, dans cette même année, 1831, où il venait de soutenir avec honneur sa thèse pour le doctorat, se trouva-t-il prêt à entrer dans la lice pour disputer le prix proposé par la Société médico-pratique de Paris sur une question aussi difficile qu'importante, et qui était conçue en ces termes :

Quelles sont les lois de la révulsion ? Signaler les secours que la thérapeutique peut en attendre, et par conséquent les avantages et les inconvénients des révulsifs, suivant les cas auxquels on les applique ; indiquer l'opportunité de leur emploi.

On peut dire que c'est particulièrement dans cet ouvrage que Sabatier déploya toutes les qualités solides dont son esprit était doué. On y a trouvé, en effet, beaucoup de sagacité réunie à une logique sévère, de la profondeur et de la clarté, enfin une théorie savante et presque complète de la révulsion, d'où découlent les applications pratiques les plus sages et les plus utiles. Ne croyez pas cependant, Messieurs, que Sabatier ait cru avoir fait une œuvre parfaite. Son jugement et sa modestie le mettaient à l'abri d'une pareille erreur. Il donnait, au contraire, lui-même la raison de cette imperfection nécessaire, de ce provisoire fatal auquel nous sommes trop souvent condamnés dans notre science si difficile. « Si nous concevons, disait Sabatier, combien il serait avantageux en médecine de pouvoir planer de toute notre intelligence sur les conditions, sur les lois des nombreux phénomènes qui s'ac-

»complissent dans l'organisme, soit à l'état sain, soit à l'é- »tat morbide, qui pourrait toutefois, sans une folle témérité, »se vanter de les avoir saisies toutes, d'en avoir saisi tous les »rapports, en un mot, d'en avoir formulé le code, lors- »qu'en réalité, à l'occasion des faits, des phénomènes les »moins complexes, des difficultés insurmontables, des »pourquoi toujours insolubles, viennent se placer entre »l'entendement qui compare et juge, et la raison qui veut »expliquer et comprendre.»

Si Sabatier n'a pas fait une chose impossible, en nous dévoilant tous les mystères de la révulsion naturelle ou artificielle, il a du moins jeté sur ce sujet obscur des lumières vives et durables. En lisant son ouvrage, on est agréablement surpris de trouver de la netteté, de la précision là où on craignait le plus de rencontrer de la confusion et une stérile abondance de mots. C'est ainsi que les sympathies naturelles ou morbides de nos organes, sympathies si utiles à connaître pour tirer bon parti de la révulsion, sont présentées avec un ordre et une lucidité qu'on chercherait vainement ailleurs. Le secret de Sabatier, pour arriver à un pareil succès, n'est pas difficile à pénétrer. Pour peu qu'on se rende compte de sa manière de procéder, on voit qu'il réfléchissait long-temps avant d'écrire, et qu'il ne disait que ce qu'il savait bien. C'est à l'aide de ces précautions, qui paraîtraient devoir être vulgaires, et qui sont cependant si rares, que Sabatier pouvait être concis sans cesser d'être clair et complet. S'il est toujours difficile, s'il n'appartient qu'aux esprits d'une forte trempe et d'une portée supérieure de traduire en aphorismes les vérités médicales, qu'on ne peut presque jamais rendre absolues sans les tronquer ou les exagérer arbitrairement, cette difficulté se présentait à un haut degré dans la question de la révulsion. Sabatier a-t-il réussi

dans cette dangereuse entreprise? Vous allez en juger, Messieurs, en entendant quelques-unes des lois de la révulsion établies par lui :

La sensibilité cérébro-spinale ou ganglionnaire est la première condition de la révulsion.

Il faut qu'elle ne soit ni trop exaltée ni trop affaiblie.

Plus la sensibilité sera voisine de l'état normal, plus la révulsion sera prompte.

La révulsion n'est efficace que quand la maladie a été primitivement locale.

Il n'est pas nécessaire que la révulsion soit au même degré d'irritation que la partie primitivement malade; il faut seulement qu'elle soit plus étendue ou plus long-temps répétée.

Il faut que l'irritabilité générale soit diminuée. Sans cela l'action révulsive tournerait au profit de l'irritation morbide.

Au début d'une maladie, il faut que la révulsion soit appliquée le plus loin possible; dans le *summum* et les affections chroniques, le plus près qu'on peut.

L'action révulsive s'effectue sous l'influence des phénomènes d'excitation, d'irritation, et même de phlegmasie de la partie sur laquelle agit le révulsif; sous celle des sympathies qui sont mises en jeu, et enfin par les changements qui surviennent dans l'organe malade, savoir, la résolution ou l'absorption, suivant qu'il y a simplement irritation et phlegmasie, ou bien hypertrophie et engorgement.

Je viens, Messieurs, de vous donner, au moins partiellement, le résumé de la partie théorique du mémoire de Sabatier. Je ne crois pas devoir m'attacher à faire ressortir le mérite du second chapitre, tout entier consacré à la thérapeutique, tout entier composé de faits peu suscepti-

bles d'analyse, et qui ne sont d'ailleurs que la preuve ou la conséquence des points de doctrine précédemment établis. Je dirai cependant que les médecins y trouveront, à chaque pas, des exemples bons à imiter, non-seulement dans l'intérêt des malades, mais aussi dans celui des praticiens. Souvent, en effet, des cures éclatantes ont été obtenues par l'application opportune des révulsifs.

A ceux qui n'auraient pas lu l'intéressant travail de Sabatier sur la révulsion, et qui seraient tentés d'attribuer à une douleur trop légitime des éloges bien mérités, je répondrais que la Société médico-pratique lui a décerné, à l'unanimité, le prix qu'elle avait proposé.

Les hommes qui n'ont que de la vanité trouvent dans leurs succès un motif de repos. Ceux, au contraire, qui se sentent dignes de la gloire, ne regardent un premier triomphe que comme un premier pas fait dans la carrière ouverte devant eux. C'est parmi ces derniers qu'il faut ranger Sabatier.

Nous le voyons en effet, malgré le temps et les soins qu'il avait déjà dû consacrer au rétablissement de sa santé, nous le voyons, dis-je, en 1834, lire à l'Académie royale de médecine un *Mémoire sur la néphrite albumineuse.* Son but, dans ce travail, était surtout de montrer que cette maladie existe quelquefois avec tous ses caractères, et accompagnée de l'hydropisie générale dont elle est la cause, chez de jeunes sujets. Wels, qui, le premier, en 1812, appela l'attention des médecins sur la relation qui existe entre certaines hydropisies et l'état albumineux des urines; Bright, qui a le mérite d'avoir, en 1827, rapporté cette altération des urines à une lésion des reins, dont il a donné la description; Gregory et Christison, qui depuis se sont occupés du même sujet; enfin M. Rayer, qui, par ses récentes publications, a si glorieusement attaché son nom

à cette maladie, ne l'avaient constatée que chez des adultes. Sabatier démontra, par des faits recueillis à la clinique de notre collègue M. Baudelocque, que l'enfance n'en est pas exempte. Une des observations rapportées par l'auteur montre, chez un enfant de sept ans, la néphrite albumineuse coexistant avec une hydropisie qui s'était montrée huit jours après la fin d'une scarlatine, dont rien n'avait entravé la marche. C'est aussi dans ce mémoire que se trouve une autre observation non moins curieuse. C'est celle d'un tailleur âgé de 27 ans, chez lequel un œdème du membre inférieur gauche fut déterminé par une tumeur fécale comprimant la veine hypogastrique ou iliaque gauche. L'œdème disparut aussitôt que la tumeur eut été enlevée à l'aide des purgatifs.

A toutes les qualités qui brillent dans ses ouvrages, Sabatier joignait un noble sentiment de dignité pour notre belle profession, un ardent désir de voir l'union, et, autant que possible, l'égalité régner parmi les médecins. C'est pour obéir aux nobles inspirations de son âme qu'en 1835, au moment où le monde médical travaillait de toutes parts à une nouvelle organisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine, il voulut payer aussi son tribut, et publia ses *Recherches historiques sur la Faculté de médecine de Paris*, d'abord depuis Charlemagne jusqu'au 18 août 1792 qu'elle cessa d'exister, comme toutes les autres corporations savantes; ensuite depuis le 4 décembre 1794, époque de son rétablissement, jusqu'à nos jours. Sabatier fit voir dans ce livre, digne de notre intérêt sous tant de rapports, que la nouvelle Faculté pouvait trouver encore d'utiles exemples dans l'ancienne : celle-ci, en effet, avait bien plus de relations avec ses élèves. Elle veillait de plus près à tous leurs intérêts, et notamment à leur instruction; elle les soumettait à des épreuves plus rigoureuses, plus

longues, plus multipliées. Leur dernier acte les unissait intimement à elle, puisqu'une fois docteurs ils en devenaient partie constituante; tandis que, de notre temps, soutenir sa thèse, c'est, pour la plupart des élèves, se séparer à jamais de la Faculté. De là, sous l'ancien état de choses, cette union, cette harmonie, cette communauté d'intérêts entre tous les docteurs-régents dont le corps était fort et respecté dans tous et dans chacun de ses membres; tandis que, trop souvent aujourd'hui, les médecins vivent isolés, indifférents les uns aux autres, quand un intérêt d'amour-propre ou d'argent ne vient pas les rendre ennemis. Honneur à l'auteur éclairé et consciencieux qui a su tirer de l'histoire de la Faculté d'utiles enseignements, et pour ceux qui la composent et pour ceux qui en sont sortis! Puissent ses chaleureux accents être entendus de tous les hommes appelés à assurer à la médecine l'honorable rang qui lui est dû!

Sabatier était docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien adjoint du cinquième dispensaire de la Société philantropique, président de la Société médico-pratique et membre titulaire de la Société de médecine de Paris, correspondant de la Société de médecine de Gand, de la Société royale des sciences, belles-lettres et arts d'Orléans.

Depuis plusieurs années, Sabatier continuait à se livrer avec ardeur au travail, et cependant, Messieurs, Sabatier souffrait de la maladie cruelle qui nous l'a enlevé. Atteint d'hémoptysie au milieu des épreuves du concours de l'agrégation en 1835, il avait vu sa santé décliner de jour en jour, sans parler du sort qui lui était réservé et qu'il connaissait : car il ne se faisait pas illusion à cet égard. En 1836, un séjour de quelques mois dans le bel établissement de son digne ami Falret lui rendit les apparences de

la santé et des espérances trop tôt détruites. Un peu plus tard, il alla chercher à Nice la santé que lui refusait le climat de Paris. Tentatives inutiles ! il crut même que la terre étrangère recevrait ses dépouilles mortelles. Il légua sa bibliothèque à M. Dubois d'Amiens, ses instruments de chirurgie à l'élève qui serait nommé le premier dans le concours pour l'internat qui suivrait sa mort; enfin, tous les honoraires qui lui étaient dus à la veuve de Chantourelle, dont il avait recueilli une partie de la clientelle. Puis il fit en ces termes ses adieux à sa mère :

Dieu tout-puissant, c'est pour ma mère
Que je t'implore en cet instant.
Dans sa demeure solitaire
Sans cesse, hélas ! elle m'attend ;
Et moi, sur la terre étrangère
Jeune encor, je meurs en pleurant
Ma pauvre mère,
Que j'aime tant.

Lorsque la fatale nonvelle
Viendra briser son triste cœur,
Alors, mon Dieu, que dira-t-elle ?
Qui pourra calmer sa douleur ?
Et désormais sur cette terre
Que fera seule, sans enfant,
Ma pauvre mère,
Que j'aime tant !

Je suis sa plus chère espérance,
Son seul bien, son unique amour,
Les soins qu'elle eut de mon enfance
Vont tous se perdre en un seul jour...
Fais au moins, mon Dieu, qu'elle espère
Nous retrouver tous deux ailleurs,
Ma pauvre mère......
Mon Dieu ! je meurs.

Ce funeste pressentiment ne devait que trop bien se réa-

lier, un peu plus tard qu'il ne le pensait, cependant. Il put revenir à Paris, embrasser sa mère, voir quelques-uns de ses nombreux amis, et se rendre à la campagne de l'un d'eux, qui l'affectionnait et le traitait en frère. C'est là, c'est à Betz, dans le département de Seine-et-Oise, que, le 9 octobre 1837, il succomba à une abondante et dernière hémoptysie.

Honorons, Messieurs, honorons tous la mémoire de Sabatier, de cet homme excellent qui fut tout à la fois médecin profondément instruit, écrivain plein de netteté et de force, et qui réunissait les qualités les plus généreuses du cœur à une grande élévation d'esprit et de caractère.

VARIÉTÉS.

NOUVELLES SCIENTIFIQUES ET MÉDICALES (1).

Comités historiques près des Académies. — Créations de nouvelles chaires de sciences. — Concours pour les deux chaires vacantes à la faculté de médecine. — Jugement administratif des docteurs Koreff et Wolowski. — Succession vacante du professeur Alibert à l'hôpital St-Louis.

Comités historiques près des Académies. — Grande nouvelle et grande rumeur dans le monde savant! M. Salvan-

---

(1) Outre les matières dont se composent ordinairement nos articles *Variétés*, telles que lois, ordonnances et réglements sur la médecine, nominations, par concours ou autrement, dans les Facultés, les Académies et les hôpitaux, annonces de prix proposés et décernés par les sociétés de médecine et autres sociétés savantes de Paris et des départements, nos lecteurs y trouveront désormais toutes les nouvelles scientifiques et médicales qui, sans appartenir

dy perfectionne à sa manière l'œuvre de son prédécesseur M. Guizot. Par arrêté du ministre de l'instruction publique, du 18 décembre dernier, l'allocation annuelle de 150,000 francs, attribuée par la loi de finances aux travaux historiques, est divisée en six lots ou portions de 25,000 fr. chaque : le ministre, d'abord, en retient une, comme de raison, pour en user suivant son bon plaisir, mais toujours pour le plus grand bien de la science ; les cinq autres sont réparties pour être appliquées à des travaux spéciaux, entre CINQ COMITÉS qui correspondent aux cinq Académies de l'Institut, savoir : 1° de la langue et de la littérature française ; 2° de l'histoire positive, ou des chroniques, chartes et inscriptions ; 3° des sciences ; 4° des arts et monuments ; 5° des sciences morales et politiques.

Ces comités ont des attributions fort analogues, pour ne pas dire identiques, à celles des cinq Académies royales auxquelles ils correspondent. Dans leur ensemble, ils

---

à aucune de ces catégories, peuvent cependant avoir quelque intérêt. Il paraîtra sans doute un peu étrange aux grands faiseurs d'*actualité* qu'un recueil mensuel ait la prétention de donner des nouvelles, qui pourront quelquefois être vieilles de vingt et quelques jours ! Quant à nous, quel que soit notre respect pour les grands mots bien sonores, nous nous permettrons de penser, jusqu'à démonstration du contraire, qu'il n'en est pas des nouvelles médicales ou scientifiques comme des nouvelles de la Bourse ou des salons diplomatiques, et qu'il importe fort peu d'apprendre quelques jours plus tôt ou plus tard ce qui se passe dans le monde savant en général, ou dans le monde médical en particulier. Ce qui importe à nos lecteurs, c'est que les *faits-nouvelles*, qu'ils ont pu voir dans les feuilles quotidiennes à travers un prisme officiel ou officieux, soient exposés ici, comme tous les autres faits, sous leur véritable jour, et discutés, s'il y a lieu, avec une large indépendance. Nous croyons être en position de les satisfaire pleinement à cet égard.

forment à eux cinq un véritable INSTITUT, mais un Institut au petit pied, *siégeant* deux fois par mois, non pas au palais de l'Institut, mais *au Ministère de l'instruction publique*, décidant, mais *sous l'approbation du Ministre*, les travaux scientifiques à entreprendre ou à continuer, correspondant avec toutes les sociétés savantes du royaume, *mais sous le couvert et la signature du Ministre* et par l'entremise de ses commis.

Le comité des sciences, le seul qui nous intéresse, est composé de 16 membres qui sont : MM. Thénard, président; Arago, de Libri, Ch. Dupin, Poisson, Chevreul, Adrien de Jussieu, Flourens, Gay-Lussac, Élie de Beaumont, Breschet, Dumas, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Orfila, Hippolyte Royer-Collard, et M. Donné, secrétaire.

Dans un feuilleton spirituel et fort bien tourné, comme elle en fait souvent, la *Gazette médicale* émet une opinion très-favorable à cette nouvelle institution, dont elle espère, à ce qu'il paraît, les plus beaux résultats. Elle se réjouit surtout d'y voir une création de nouveaux *honneurs* auxquels les médecins pourront participer comme les autres savants, et dont ils ont déjà touché leur contingent. Il est certain que quelques-uns de nos jeunes confrères se trouvent là fort bien casés, et en fort bonne compagnie. Il est certain aussi que tel ou tel *savant*, qui n'avait pu parvenir à l'Institut national par les suffrages de la compagnie, est aujourd'hui très-flatté d'être porté à l'Institut ministériel par le suffrage *unanime* de M. de Salvandy. Mais, d'un autre côté, les Arago, les Thenard, les Poisson, les Gay-Lussac, tous ces illustres membres de l'Académie des Sciences, dont le Ministre a cru pouvoir prendre les noms pour en décorer son œuvre, seront-ils aussi flattés de son suffrage que les nouveaux collègues auxquels ils se trouvent accolés par l'arrêté ministériel ? Nous avons de fortes rai-

sons d'en douter. Nous savons même positivement que déjà les cinq Académies de l'Institut ont autorisé leurs bureaux respectifs à se réunir pour préparer une protestation contre l'œuvre doctrinaire, qu'elles repoussent d'un commun accord, comme illégale sous plusieurs rapports, attentatoire aux droits des Académies, incohérente et absurde dans ses principales dispositions, et d'ailleurs parfaitement inutile. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette affaire. Mais nous craignons bien que la *Gazette médicale* ne se soit trop pressée de féliciter les nouveaux Académiciens ministériels, qui ne semblent pas encore bien assis dans leurs fauteuils.

Créations de deux nouvelles chaires : l'une de physiologie comparée au Muséum d'histoire naturelle, et l'autre de zoologie au collége de France. Cette dernière remplace avec avantage la chaire d'anatomie, qui avait été supprimée à la mort de Portal, et qui était véritablement sans utilité, soit à cause du voisinage de la faculté de médecine, où l'enseignement anatomique est, ou doit être du moins, au grand complet, soit à cause de la nature même de l'établissement, qui ne saurait admettre ni amphithéâtre d'anatomie humaine, ni laboratoires de dissections. M. Frédéric Cuvier est nommé à la chaire de physiologie comparée, et M. Duvernoy à celle de zoologie.

Concours pour deux chaires vacantes à la faculté. — Le concours pour la chaire d'hygiène, ouvert le 3 novembre dernier, se poursuit avec chaleur de la part des concurrents, dont plusieurs et même la plupart font preuve de connaissances fort étendues et de véritable talent. Ne voulant et ne devant émettre aucune opinion avant la fin des débats, nous nous bornons à nommer les compétiteurs, en

indiquant les sujets de thèses qui leur sont échus dans le tirage au sort, qui a eu lieu le 16 décembre.

M. Casimir Broussais. — Des différents moyens de conservation des substances alimentaires; comparer ces divers moyens sous le point de vue hygiénique.

M. Foissac. — Comparer la gymnastique des anciens avec celle des modernes sous le rapport de l'hygiène.

Guérard.—Des inhumations et des exhumations sous le rapport de l'hygiène.

Perrin.—Des moyens d'empêcher l'importation des maladies.

Rochoux. — Causes qui peuvent rendre insalubres les boissons; moyens de reconnaître cette insalubrité, et d'y porter remède.

M. Trousseau. — Des principaux aliments, envisagés sous le point de vue de leur digestibilité et de leur puissance nutritive.

M. Requin. — Hygiène de l'étudiant en médecine et du médecin.

M. Motard.—Des eaux stagnantes, et en particulier des marais et des desséchements.

M. Royer-Collard.—De l'usage et de l'abus des boissons fermentées et distillées.

M. Briquet.—De l'éclairage artificiel sous le point de vue de l'hygiène privée et publique.

M. Sanson (Alphonse).—Hygiène des professions sédentaires.

M. Piorry.— Des habitations privées.

M. Ménière.—Les vêtements et les cosmétiques.

Toutes les thèses, imprimées, ont dû être remises au jury le 30 décembre, et plusieurs séances d'argumentation ont déjà eu lieu dans le grand amphithéâtre de la faculté, au milieu d'une grande affluence d'élèves et de médecins.

— Un nouveau concours sera ouvert le 2 février prochain pour la chaire de *pharmacie et de chimie organique* vacante par le décès du professeur Deyeux. Les candidats inscrits sont : MM. les docteurs Bussy, Cottereau, Bouchardat et Dumas.

Jugement administratif des docteurs Koreff et Wolowski. — Dans l'état actuel de notre législation, les médecins étrangers n'ont pas le droit d'exercer en France, et ne peuvent acquérir ce droit qu'en se faisant recevoir docteurs dans une des facultés du royaume. Cependant le gouvernement peut accorder, et n'accorde que trop souvent des autorisations d'exercice qui sont censées *provisoires*, mais qu'on fait durer indéfiniment. C'est en vertu d'autorisations de ce genre que MM. Koreff et Wolowski, l'un Prussien, et l'autre Polonais réfugié, exerçaient depuis long-temps la médecine à Paris, lorsqu'ils ont fait, ce qui ne s'était jamais vu en France ni sans doute dans aucun pays, une demande de 400,000 fr. d'honoraires, appuyée d'une ordonnance de prise de corps, surprise à la religion des magistrats, contre un grand seigneur anglais, le duc d'Hamilton, sous prétexte de soins médicaux extraordinaires donnés à la comtesse de Lincoln, sa fille, dans une maladie telle qu'on n'en a jamais vu : car tout a été extraordinaire dans l'*espèce*, comme disent les avocats. MM. Koreff et Wolowski ont perdu leur procès, et ont encouru un blâme sévère. Les torts incontestables qu'avait eus à leur égard la famille anglaise n'ont pu les justifier ni aux yeux des magistrats ni au tribunal de l'opinion publique. Ensuite le gouvernement leur a retiré l'autorisation d'exercer la médecine en France : nous n'avons rien à dire à l'encontre ; le gouvernement en avait le droit, et peut-être a-t-il eu raison d'en user. Mais, comme il n'en avait jamais usé jusqu'ici, bien que les oc-

casions n'aient pas manqué, chacun se demande s'il aurait fait pour venger l'honneur d'une famille française ce qu'il vient de faire pour donner satisfaction à un membre du parlement britannique. Et tous ses antécédents, il faut bien le dire, répondent fort mal à cette question : on sait que *nos amis* les Anglais ont beaucoup de crédit en France par le temps qui court.

— *Succession vacante du professeur Alibert à l'hôpital Saint-Louis.*— L'espoir que nous manifestions, il y a deux mois, en annonçant la mort du professeur Alibert (1) ne s'est pas encore réalisé jusqu'ici. Il y a même lieu de craindre, si l'on en croit certains bruits administratifs, que la place restée vacante à l'hôpital Saint-Louis ne soit définitivement supprimée. Ainsi s'éteindrait, au grand préjudice des études médicales, l'enseignement spécial fondé par le célèbre *dermatologue* français, dont la renommée était depuis long-temps européenne. On chercherait en vain un motif plausible à une mesure qui priverait la faculté de Paris de la seule clinique spéciale qu'elle ait obtenue jusqu'ici du conseil-général des hôpitaux.

NÉCROLOGIE.

Le docteur Louyer-Villermay, membre de l'Académie de médecine, et l'un des hommes les plus considérés dans la médecine pratique de Paris, a été enlevé presque subitement, vers le milieu du mois de décembre dernier, par une attaque d'apoplexie, suite d'une maladie organique du cœur dont il était affecté depuis fort long-temps. Né à Rennes, en 1775, d'une famille qui tenait à l'ancien parlement de Bretagne, Louyer-Villermay vint étudier la méde-

(1) *Revue médicale*, cahier d'octobre 1837.

cine à Paris peu de temps après l'organisation de l'École de santé, et s'attacha à l'enseignement clinique de Pinel, dont il devint bientôt un des élèves les plus distingués. Sa thèse inaugurale sur l'hypochondrie lui mérita les suffrages publics de son illustre maître, et devint plus tard le texte d'un grand ouvrage sur les maladies nerveuses, qu'il publia en 1816, et qui mit le sceau à sa réputation comme médecin judicieux et habile écrivain. Il a publié aussi des articles fort remarquables dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales*, notamment les articles Somnambulisme, Nymphomanie, Hystérie, Hypochondrie. MM. Husson et Pariset ont prononcé sur sa tombe des discours qui respirent la plus profonde estime pour son caractère et ses qualités sociales.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Cours d'histoire de la médecine et de Bibliographie médicale, fait en 1836 dans la faculté de médecine de Montpellier, avec l'autorisation de M. le ministre de l'instruction publique; suivi du discours d'ouverture du même cours, fait en 1837; par H. Kuhnholtz, bibliothécaire et professeur agrégé de la faculté de médecine de Montpellier, etc., etc. — 1 volume in-8°, Montpellier, 1837, chez Louis Castel; et Paris, chez Germer-Baillière.

« *Si je vous dis la vérité, je ne vous plairai point; et si je vous plais, je ne vous dirai pas la vérité.* » Cette sentence d'un ancien philosophe peut servir d'exorde à la courte notice destinée à donner à nos lecteurs une idée du *Cours d'histoire de la médecine et de bibliographie*, puisqu'elle est empruntée au livre même de M. Kühnholtz, et qu'elle est d'ailleurs d'une si générale application, qu'en vérité l'auteur ne saurait trouver mauvais qu'on la lui applique à lui-même. Le même adage pourrait encore, jusqu'à un certain point, servir d'excuse et de bouclier à ces docteurs un peu charlatans, que M. Kühnholtz tourne avec raison en ridicule. Sans

doute, l'anecdote des deux médecins qui se battent en présence de leur malade pour régler la manière dont une pomme doit être cuite (1), le ton tragique que prenait Baumes (au dire de Dumas), pour dicter la formule d'un *lavement* (2), la caricature spirituelle du médecin d'eaux thermales que nous avons citée nous-même (3)... et une foule d'autres traits, anciens ou modernes, qu'il serait facile d'accumuler, sont bien propres à exciter le rire..... Mais, après tout, n'est-ce pas la stupidité du public qui force le médecin à s'affubler d'un masque? Pour plaire, ne faut-il pas toujours farder la vérité? Quand nous verrons le savant modeste et consciencieux, prisé dans le monde au niveau du fourbe et de l'intrigant, alors seulement nous pourrons rire franchement de certains ridicules de notre profession; jusque-là, nous serions plutôt portés à en gémir !!!

Au risque donc de ne pas plaire à l'auteur, nous dirons, en toute sincérité, que ce livre de M. Kühnholtz pèche singulièrement par la forme et qu'il est loin d'être complètement satisfaisant pour le fond. Nous aurons quelque peine à admettre avec lui que le *magnétisme animal* puisse être compté au nombre des découvertes importantes du 18e siècle, et qu'il soit permis de le mentionner au rang de l'inoculation, de la vaccine et du galvanisme. Nous déplorerons le grand nombre d'omissions graves et de lacunes, qu'il nous serait facile de signaler dans plusieurs leçons, et notamment dans les 7e et 8e, qui traitent de l'histoire de la médecine pendant les 18e et 19e siècles, du vitalisme, et de l'hippocratisme moderne... — Mais, en revanche, nous rendrons justice aux bonnes intentions de M. Kühnholtz, nous lui saurons gré de ses efforts, nous donnerons une entière approbation à ses réflexions sur l'*éclectisme*, et nous serons reconnaissants, pour notre part, du grand nombre de citations et de faits historiques qu'il a accumulés dans son livre.

Après avoir insisté sur la nécessité et l'opportunité de la création de chaires d'histoire de la médecine et de bibliographie médicale, destinées à compléter l'enseignement dans les grandes facultés, l'auteur entre en matière, et commence par l'exposition et la réfuta-

(1) Journal des savants.
(2) Cours d'histoire de la médecine, p. 67.
(3) *Revue médicale*, nº de décembre 1835, art. Variétés.

tion des principales épigrammes dirigées contre les médecins depuis les temps les plus reculés. Il démontre ensuite l'utilité et la dignité de la médecine. Arrivant enfin au cœur de son sujet, il trace une rapide esquisse de l'histoire de la médecine : 1° Dans les temps antérieurs à Hippocrate ; 2° durant l'ère hippocratique ; 3° depuis la période des médecins grecs, jusqu'aux médecins arabes, et à l'établissement de l'école de Montpellier, fondée en 1220 ; 4° durant les trois siècles suivants, où l'on voit enfin s'établir d'une manière régulière l'enseignement anatomique ; 5° depuis Paracelse jusqu'à la découverte de la circulation du sang, en 1619, par Harvey : l'importance et l'influence de cette découverte sont convenablement appréciées par M. Kühnholtz, qui n'a pas craint de la réduire à sa juste valeur ; 6° depuis 1619 jusqu'à la fin du 17e siècle ; 7° et 8° depuis cette époque jusqu'à nos jours. Ces huit époques forment la matière d'un pareil nombre de leçons qui ne peuvent nécessairement offrir qu'un très-rapide aperçu des choses et des hommes. Dans les 9e et 10e leçons, l'auteur se livre à la réfutation de la doctrine de l'éclectisme et de celle, presque ignorée à Paris, de la *vie universelle*. Une 11e et dernière leçon traite des bibliographies médicales. M. Kühnholtz a ajouté à son livre le discours d'ouverture qui a servi d'introduction au cours de 1837. Ce discours, fort convenablement placé en ce lieu, renferme des vues fort sages sur l'enseignement médical, et des remarques très-justes sur l'utilité de l'histoire de la médecine. Malheureusement il participe un peu de l'incohérence et de l'incorrection de style que nous avons déjà signalées comme déparant dans plus d'un lieu l'œuvre principale de M. Kühnholtz.

Somme toute, nous nous empressons de reconnaître que M. Kühnholtz a rendu deux éminents services à la faculté de Montpellier, savoir : 1° La création d'un enseignement spécial sur l'histoire de la médecine et la bibliographie médicale, qui ne peut être que fort utile aux élèves ; 2° la publication d'un livre qui, nous l'espérons, ne sera que le prélude et l'avant-coureur d'une œuvre plus importante et plus complète. Ce n'est assurément pas à M. Kühnholtz que l'on pourra jamais appliquer ce mot piquant de *Reid* qu'il rappelle dans son livre : « Si nous passons en revue tous les hommes qui se donnent pour savants sans en avoir les qualités

requises, combien n'en verrons-nous pas souffler des bulles de savon avec autant de gravité que s'ils enfantaient des mondes! »

G.

Quelques considérations topographiques et médicales sur le choléra de Marseille en 1837, par le docteur Ducros aîné, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu et professeur à l'école secondaire de médecine de Marseille. Broch. in-8°.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur le choléra asiatique ont vainement disserté sur son mode de développement et de propagation : aucun n'a résolu la question ; à tous le mal a opposé son terrible mystère. En déplorant ces vains efforts, M. Ducros fait ressortir l'inconvénient des controverses inutiles qui ont divisé les médecins, et qui n'ont servi trop souvent qu'à alarmer les populations. Son seul but, dans cet opuscule, a été de présenter quelques considérations générales sur l'épidémie qui vient d'affliger pour la troisième fois la ville de Marseille.

Cette ville est située au fond d'un vaste bassin entouré de toutes parts de collines nues, qui réfléchissent vivement les rayons solaires. Ce bassin, qui n'a d'ouverture que par la vallée de l'Huveaune et l'entrée de la rade, ne permet pas une ventilation franche et bien soutenue, condition essentielle pour éloigner toutes les émanations méphitiques répandues dans son atmosphère. C'est, en effet, à l'entrée de la rade que l'auteur attribue l'introduction des miasmes qui viennent du côté de l'embouchure du Rhône, et des étangs situés à deux ou trois lieues à l'ouest de la ville, aux environs desquels les fièvres intermittentes sont endémiques. Ces effluves marécageux trouvent un véhicule dans les épais brouillards qu'on observe constamment du côté de l'Estaque, lesquels sont portés directement sur la ville par la brise de sud-ouest qui s'élève régulièrement le matin et au coucher du soleil pendant l'été. D'un autre côté, le terrain de Marseille et de son territoire n'est qu'un terrain d'alluvion et de transport, et doit offrir, dit l'auteur, toutes les conditions paludéennes propres au développement du choléra, qui, comme la peste et la fièvre jaune, a une origine paludéenne.

Nous croyons que l'auteur de cet opuscule a exagéré beaucoup l'influence de ces causes locales sur le développement et la pro-

pagation du choléra ; c'est à ces influences qu'il attribue l'heureux privilége qu'ont eu les villes de Lyon et de Montpellier, l'une d'avoir été constamment préservée du choléra, l'autre d'avoir très-peu souffert de ses ravages. On pourrait citer bien des exemples contraires. Ainsi, le village de Beaune, dans l'arrondissement de Pithiviers (Loiret), et celui de Bromeil, dans le département de Seine-et-Marne, admirablement situés sur le plateau d'une hauteur, ont vu leurs populations plus que décimées par l'épidémie de 1832, tandis que des communes voisines, entourées d'étangs ou de terrains marécageux, ont été épargnées, ou ont compté à peine quelques victimes.

Parmi les causes locales que M. Ducros désigne comme capables de faire naître le choléra ou d'éterniser sa présence à Marseille, une des plus redoutables est son port, véritable égout qui reçoit toutes les immondices de la ville, et qui est une source intarissable d'émanations essentiellement méphitiques.

D'autres circonstances nuisibles tiennent à l'agglomération de la population sur quelques points, à l'entassement des marchandises et des peaux d'animaux sur les quais et dans les magasins, au défaut d'aération des quartiers et des habitations de la vieille ville, etc.

A ces causes d'insalubrité citées par M. Ducros, on pourrait ajouter les émanations infectes que laissent exhaler pendant l'été, surtout dans les quartiers de l'ancienne ville, les ordures qu'on dépose dans les rues, et que l'absence des courants d'eau laisse exposées à l'action des fortes chaleurs. Qu'il nous soit permis de souhaiter, pour l'honneur de notre ville natale, plus encore que pour la santé des habitants, qui est généralement fort bonne, grâce à la pureté du ciel et à la beauté du climat, de voir un si dégoûtant usage entièrement aboli. Sans doute on y parviendrait facilement si l'administration rendait obligatoire le système des fosses d'aisance, si bien entendu dans la capitale, ou du moins celui des fosses mobiles, si la crainte peu fondée des infiltrations dans les puits faisait obstacle à l'établissement des premières.

M. Ducros reconnaît une sorte d'affinité entre le choléra asiatique et tous les exanthèmes fébriles épidémiques. La fréquence d'un exanthème miliaire de la muqueuse gastro-intestinale, générale-

ment observé dans le choléra de Paris en 1832, d'Arles et de Marseille en 1835, semble venir à l'appui de son opinion. Aussi s'attache-t-il à démontrer les analogies frappantes qui existent particulièrement entre le choléra asiatique et la miliaire cutanée épidémique, en rapprochant les symptômes et les lésions cadavériques de ces deux maladies. Dans la dernière épidémie de Marseille, toutefois, l'éruption miliaire intestinale a été bien moins fréquente; mais un très-grand nombre de cholériques ont présenté sur la surface cutanée des affections exanthémateuses, très-variables par la forme, la durée et la terminaison. Ces éruptions, le plus souvent favorables à la solution de la maladie, ont été observées principalement sur des individus qui n'ont eu que de légères atteintes du choléra : comme dans les fièvres éruptives, leur rétrocession a été une complication grave ou funeste. Ces faits d'observation clinique ont confirmé l'auteur dans les idées qu'il avait émises en 1832, touchant l'analogie du choléra de l'Inde avec un grand nombre de maladies exanthématiques de la peau : dans les unes et les autres, l'éruption est le résultat d'un effort conservateur, par lequel l'organisme lutte, mais trop souvent avec désavantage, contre une cause puissante de destruction, comme dans les cas d'empoisonnement par des substances délétères.

Dans le plus grand nombre des guérisons que l'auteur a obtenues par l'ipécacuanha, auquel il a associé, suivant les circonstances, l'emploi de la glace, des révulsifs extérieurs et des lavements astringents, les malades n'ont eu que fort peu de convalescence, ou du moins elle s'est opérée d'une manière plus franche et plus prompte que chez ceux qui avaient été traités par des émissions sanguines répétées.

L'épidémie cholérique de 1837 a été principalement funeste aux enfants; ils ont été atteints en bien plus forte proportion que dans les précédentes. Une circonstance rarement observée dans les autres épidémies, et qui a été caractéristique dans celle-ci, est la débilitation profonde, provenant de ce qu'au flux diarrhéique est venu s'ajouter, chez le plus grand nombre des malades, une sueur excessivement abondante. G. Vignolo.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE.

(*Février 1838.*)

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, *considérée comme science d'observation, par* C.-F. BURDACH, prof. à l'université de Kœnigsberg, avec les additions de MM. les prof. BAER, MEYEN, MEYER, J. MULLER, RATHKE, VALENTIN, WAGNER, traduit de l'allemand sur la deuxième édition, par A.-J.-L. Jourdan (1).

Depuis l'année 1766, époque de la publication du dernier volume de la grande physiologie de Haller, des révolutions étonnantes se sont accomplies dans le monde scientifique, non moins que dans le monde politique. Toutefois, le monument élevé par l'immortel disciple de Boerhaave, quoique trop empreint des théories mécaniques de son siècle, sera la base sur laquelle s'ap-

(1) Tomes I, VI, VII et VIII.— In-8°. Paris, 1837. Chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de Médecine.

puieront long-temps encore les travaux de ses successeurs. Mais aujourd'hui le développement des sciences naturelles a démontré qu'on ne saurait bien comprendre la physiologie de l'homme sans le secours de la physiologie générale et comparée de tous les corps organiques. En effet, l'homme, considéré physiologiquement, n'est que le degré le plus élevé dans la grande échelle des êtres vivants (animaux et végétaux). Les phénomènes de ses fonctions les plus compliquées s'analysent et s'expliquent dans la série ascendante ou descendante de ces êtres, non-seulement pour l'état normal de l'organisation, mais aussi pour les aberrations ou les difformités, et les arrêts de développement. On ne peut donc qu'applaudir à la création récente de deux chaires, l'une au collége de France, sur l'histoire et le développement des corps organisés; l'autre sur la physiologie générale et comparée, au Muséum d'histoire naturelle. Mais ces sciences ne sont pas faites encore; et, quel que soit le choix des professeurs actuels, leur enseignement présentera long-temps encore de nombreuses lacunes.

Cependant, de magnifiques découvertes ont signalé la période qui nous sépare du dix-huitième siècle. En France, les illustres ouvrages d'anatomie comparée de George Cuvier; ceux de MM. Blainville, Geoffroy Saint-Hilaire, Serres, Breschet; Magendie; les recherches de physiologie botanique de MM. Jussieu, Decandolle, Mirbel, Richard, Dutrochet, Turpin; en Angleterre, les écrits de Rob. Brown, ceux de Lindley, des deux Hunter, d'Ev. Home; enfin en Allemagne surtout, les beaux travaux des Meckel, Tiedemann, G.-R. Treviranus et Carus, sur le règne animal; ceux de Fries, Link, Agardh, Goëthe,

Nées d'Esenbeck, etc., etc., sur les végétaux, ont ouvert une carrière de merveilles. Il serait presque impossible de rappeler la foule d'observateurs habiles qui explorent journellement les diverses branches des sciences naturelles, et contribuent souvent, par d'heureuses idées ou même par des théories ingénieuses, au perfectionnement de la physiologie générale. On en trouvera des preuves rapportées avec une érudition admirable dans l'ouvrage de Burdach.

Ce savant auteur, en effet, ne s'est pas confié uniquement à ses propres forces. Son livre constitue, comme on l'a dit, une sorte d'*encyclopédie physiologique* par le concours des professeurs célèbres qu'il s'est adjoint. Mais, afin de faire aussi la part de la critique, il en est résulté l'inconvénient de quelque incohérence. Quoique nous ne connaissions point encore la totalité de l'œuvre de Burdach et de ses collaborateurs, il est aisé de voir des sutures ou un défaut d'unité dans les morceaux qui composent cette vaste entreprise. Mais elle appartenait au génie allemand, soit à cause de cette laborieuse érudition qui s'attache à recueillir tous les faits publiés en diverses langues, soit à cause de cette consciencieuse impartialité, qu'on ne trouve pas toujours au même degré dans d'autres contrées.

Ce n'est pas que la physiologie de Burdach soit pure de toute idée hypothétique. Au contraire, elle est presque toujours dominée par un système métaphysique d'animisme, ou de forces intellectuelles et vitales, qu'on peut rapporter, soit à l'ancien platonisme, soit à la philosophie de la nature de plusieurs disciples de Kant. En effet, Burdach fut l'élève de ce dernier, à la même univers-

12.

sité de Kœnigsberg où il professe; mais du moins sa métaphysique n'a rien que de noble et de généreux, en comparaison de l'ignoble et bas système matérialiste préconisé trop long-temps parmi nous, et qui fait place chaque jour à des opinions plus relevées, plus dignes de la majesté de la nature et de son sublime auteur.

Ce n'est pas tant le dégoût d'une doctrine abjecte et stérile qui a ruiné le matérialisme de notre siècle, que l'étude plus approfondie de l'ordre général de la nature. Lorsque la physiologie moderne, généralisant ses observations, considère dans son ensemble le système des êtres organisés, l'unité du plan d'organisation, l'analogie des types entre les familles ou les classes, et les connexions pour ainsi dire fraternelles qui unissent les genres et les espèces, elle est forcément conduite à reconnaître que tout cela ne saurait être le produit du hasard ou d'une aveugle fatalité, seules divinités que puisse admettre le matérialiste. Il y a donc, pour régir cet ensemble, un concours harmonique de forces, procédant d'une intelligence suprême, qui maintient les rapports nécessaires entre les êtres, entre l'animal et le végétal qui se correspondent, entre le parasite (guy, ciron, etc.) et l'être qui le nourrit... Si la science démontre que tous ces rapports ne peuvent être fortuits, c'est donc elle-même qui brise un système absurde. Nous nous glorifions, pour notre part, avec la *Revue médicale*, toujours consacrée aux doctrines vivifiantes, d'avoir en tout temps combattu avec des armes loyales, pour cette noble cause, et d'avoir ainsi conservé, avec nos doctes confrères, le *feu sacré* de la vraie philosophie.

Mais revenons au livre qui fournit encore de nouveaux arguments à cette bonne physiologie philosophique.

Burdach ne voit pas tant les faits en eux-mêmes que dans leurs rapports avec l'ordre de la nature, soit pour la confirmation de cet ordre général, soit pour combattre ou renverser des erreurs. Afin de bien juger son œuvre, il faut posséder des connaissances préliminaires étendues en histoire naturelle ; car il examine d'ordinaire la série des êtres, en allant toujours du plus simple (animal et végétal) au plus composé, selon l'échelonnement de l'organisme ascendant ; il en résulte une sorte de physiologie comparée et générale, qui remplit l'esprit d'un charme extrême lorsqu'on connaît les êtres dont il déroule les fonctions. Son traité présente ainsi la fusion singulière d'une métaphysique parfois abstruse avec les plus hautes pensées de la physiologie, et même d'une philosophie morale qu'on ne s'attendrait point à rencontrer dans ce genre d'écrit. Ainsi, pour l'école allemande, l'organisme créé, avec ses développements plus ou moins composés ou surcomposés, et ses diverses métamorphoses, n'est que la manifestation de la pensée du créateur, la réalisation de l'esprit, ou, comme le disait Platon, l'*incarnation du verbe* (λόγος). L'ensemble des corps organisés, doués de la vie, constitue un tout ; les diverses espèces ou les membres de ce grand corps ne sont redevables de leur nature individuelle qu'au rang qu'elles occupent dans ce tout. En leur qualité de parties, elles n'acquièrent une véritable signification qu'autant qu'on les considère dans leurs rapports avec l'ensemble. La connexion, soit entre elles, soit avec la totalité des êtres, leur procure, avec ceux qui s'en rapprochent le plus, une affinité en vertu de laquelle toutes se lient dans leur organisation, alors même que ces formes n'auraient point

un but particulier dans l'intérêt de leur existence personnelle. Ainsi l'homme a des mamelles sans utilité pour lui-même. Il présente des capsules surrénales (reins succenturiés) et d'autres restes d'organisation inférieure. De même, il y a, dans plusieurs animaux, soit des essais de perfectionnement ultérieur comme des os de l'épaule et du bassin à certains ophidiens encore sans membres, soit une queue aux cétacés contenant les os des membres abdominaux qui sont des signes d'analogie par lesquels ils se rattachent à des familles supérieures ou aux races voisines. On signale mille exemples semblables parmi les tribus végétales, etc.

Ainsi l'auteur prend un organe avec sa fonction; il développe ses formes, ses modes d'action ou ses variétés dans toute la série animale, d'après les faits de l'anatomie comparée, plus complets que ceux de Cuvier et de Meckel, puisqu'il profite des découvertes plus modernes; il s'élève ainsi dans sa marche en suivant le degré de complication de l'organisme, et il en étudie les analogies ainsi que les contrastes ou l'antagonisme.

Mais afin de donner au lecteur une idée plus exacte des opinions fondamentales de la physiologie germanique actuelle, on nous permettra d'en résumer ici les principes dans les termes même employés par Burdach, avec toute leur étrangeté. Déjà Haller l'avait dit : quelque chose d'aveugle et d'inintelligent ne peut créer des êtres dirigés vers des buts déterminés. Le pouvoir de produire un organisme n'appartient donc qu'à une force intelligente. Il n'y a que l'absolu, l'idéal, c'est-à-dire Dieu, dit Burdach, qui puisse être la cause véritable de la vie et de la génération; car *c'est dédéifier Dieu que de lui opposer la ma-*

tière. La nature n'est rien si ses lois sont autre chose que la révélation de Dieu (1). *La réalité*, dans les divers modes de reproduction, *nous apparaît comme un épuisement de la possibilité*. En d'autres termes, *la nature est la réalisation de tout ce qu'on peut concevoir. Notre imagination et la variété des existences réelles se correspondent l'une à l'autre. Il semble que la nature ait eu comme nous de l'imagination, et qu'elle ait créé, dans une réalité extérieure, d'après des lois rationnelles, ce que nous formons dans le cercle de nos idées. Les individus ne sont que de simples organes pour la réalisation de l'idée*. Celle-ci constitue *l'espèce qui se maintient elle-même par la propagation*. Elle n'est point un être déterminé et concret, mais un être idéal, abstrait, la chose essentielle, procréatrice. L'être générateur doit être idéal, principe éternel, existant dans l'univers qui forme toutes les choses particulières et les harmonise ensemble, de manière que la nature, envisagée dans sa totalité, est vivante.

Mais il y a *unité* dans cette *pluralité*; car cette diversité de formes peut être ramenée à un principe qui est celui de la *singularité* (unité) *progressive*, et de l'*individualité croissante*.

Ces opinions diffèrent du panthéisme; en ce qu'elles admettent deux principes distincts, celui de l'intellect agent, et celui de la matière inerte par elle seule. Si Burdach reconnaît cependant des générations spontanées, ou

(1) Harvey, *De generatione animal.*, p. 121, exprime des opinions analogues. « Quos fœcundum facit, in omnibus idem aut consimilis naturæ est; idque divinum, analogon cœlo, arti, intellectui, providentiæ. »

la formation des plus simples organismes vivants, il fait intervenir le concours nécessaire d'un esprit ou de la nature animée. Ce qui agit dans l'*hétérogénie*, dit-il, n'est point *un*; ce n'est ni l'eau, ni l'air, ni la terre, c'est l'ensemble, qui n'est point une chose concrète, mais la même *force* qui créa l'univers, etc.

Au reste, l'auteur se confie trop, en parlant des générations spontanées, dans les expériences de Frey et d'autres observateurs, aujourd'hui infirmées par des recherches plus exactes, comme sont celles d'Ehrenberg sur les animalcules infusoires. Ces êtres inférieurs manifestent une telle complication d'organes de nutrition et de génération, qu'il est difficile de les supposer produits par le hasard; tant qu'on pourra soupçonner des ovules d'une ténuité et d'une transparence qui échappent à nos investigations, la reproduction de formes et d'espèces constantes, quoique microscopiques, pourra être ramenée aux générations normales (*homogénies*). On le voit par les pulviscules séminaux des champignons (vesse-de-loup), etc., qui se répandent dans les airs.

En commençant par la fonction la plus compliquée de toutes et la plus difficile à dévoiler, Burdach donne une haute opinion de son travail et de sa philosophie. En effet, la génération est le commencement de la vie; elle offre d'abord l'idée totale de l'être et de l'organisme en général. Les auteurs qui expliquent les phénomènes vitaux par telle ou telle partie, le cœur, la circulation ou le système nerveux, etc., tombent nécessairement dans des vues partielles, étroites, qui ont fait supposer plus d'influence à certaines fonctions qu'à d'autres. Il en est résulté des hypothèses applicables seulement aux êtres les

plus parfaits, comme au corps humain éminemment nerveux; mais telle n'est pas la physiologie générale et véritable. Au contraire, la *vie est un acte d'ensemble ; elle se maintient par la continuation de la puissance qui l'a engendrée.* C'est donc, à proprement parler, l'étude de la vie qui est l'essence de la physiologie.

Nous allons tracer l'aperçu de l'œuvre de Burdach, quoique tout n'ait pas été publié encore en notre langue. La réimpression allemande de ce grand travail avec de nombreuses additions a fait suspendre la traduction française de plusieurs volumes jusqu'après la publication de ceux qui ont été enrichis de nouvelles recherches. Ainsi la seule histoire de la génération, indépendamment de ce premier volume, sera développée encore dans les deux suivants. Si ces intercalations par divers savants nuisent à l'unité de la composition et du plan, on en sera bien dédommagé par des trésors de science qui ne manquent jamais à ces sortes de travaux faits en communauté.

En effet, dans la seule partie consacrée à la génération normale, Burdach traite de la génération accrémentitielle, de la fissiparité, des productions surculaires par gemmes et par propagules, bulbes et bourgeons, dans les deux règnes, et par des spores ou sporanges, enfin par des œufs, dans la monogénie, ou sans le secours des deux sexes. Il s'occupe ensuite de la digénie ou du concours sexuel, de leurs organes spéciaux, tels que l'*ovaire* et ses modifications parmi les diverses classes des règnes organisés, et le *testicule*, ou ses analogues (l'*anthère* chez les végétaux) avec ses annexes internes et externes. C'est ainsi que l'auteur est conduit à l'exposition de tous les organes et des fonctions qui concourent à l'acte régénéra-

teur des espèces. Il examine les rapports de la sexualité avec l'organisme en général, de l'hermaphrodisme, du caractère et des attributs propres à chaque sexe dans toutes les classes des règnes animal et végétal, avec des vues neuves et des observations infiniment curieuses. Il cite, par exemple, soit les conversions singulières d'un sexe dans un autre par les prédominances de facultés chez plusieurs végétaux monogames ou hermaphrodites, soit les générations tantôt mâles, tantôt femelles, de pucerons, de puces d'eau (*cypris*), et autres insectes. L'auteur explique par l'antagonisme ou par une sorte de polarité, l'activité réciproque des sexes dans la fécondation des germes, avec le développement relatif de leur sexualité. La description qu'il donne des caractères propres à chaque sexe au physique ainsi qu'au moral, est riche de considérations philosophiques du plus haut intérêt sur les forces de la nature dans la production des êtres. La *végétalité* et l'*animalité* sont, d'après ce système, les grands types de la nature organique. Dans la première, domine la vie terrestre et maternelle, ou femelle; dans la seconde, se manifeste la vie céleste et paternelle, ou mâle, avec la supériorité de l'amour et la flamme du génie. Ces deux règnes sont plutôt antagonistes que superposés l'un à l'autre. Chez la plante, comme dans la femelle, prévalent la force de plasticité et le carbone; chez l'animal, comme dans le mâle, prédomine l'irritabilité avec l'azote, etc. Des planches expliquent les rapports d'organisation entre les deux sexes selon leurs divers degrés de complication et leur antagonisme réciproque. Ce travail, quoique incomplet encore, nous présente cependant le tableau le plus vaste et le plus exact que nous connaissions sur ce sujet,

par la nouveauté des vues et l'immensité des faits de détail qu'il renferme.

Ainsi le second volume, qui doit bientôt être publié sur une nouvelle édition perfectionnée, traitera de l'œuf et de ses enveloppes ou annexes dans toute la série ascendante des êtres organisés, et le troisième volume contiendra l'histoire du développement de l'embryon ou de la vie fœtale avec ses diverses métamorphoses, soit intrà soit extrà-utérines. Aucun traité de physiologie, à notre connaissance, n'aura réuni un ensemble plus complet. C'est, du reste, la base fondamentale de toutes les existences et l'histoire de la vie elle-même prise dans son berceau et son essence.

En passant au sixième volume, l'auteur traite de la vie en exercice et des fonctions végétatives; il entreprend l'histoire du sang, de ses propriétés, de ses changements, de ses globules, de ses matériaux, et de l'action des corps divers sur les principes constituants de ce fluide. L'importance de son rôle dans l'économie animale, sa *vie propre,* si l'on peut l'admettre, ou tout au moins son aptitude à constituer des organes animés, sa marche ou les phénomènes de la circulation dans les différentes régions du corps, les propriétés des sangs artériel et veineux, les effets de l'air ou de la respiration pour modifier ou vivifier ce liquide, dans les diverses classes du règne animal, etc., tout sert à éclairer cette importante partie de la physiologie. Dans ce travail, on doit une belle description de la circulation à J. Muller. Le *sang vivant* a-t-il plus de turgescence que le *sang mort*? ses globules sont-ils animés, sont-ils différents dans leur noyau et dans leur enveloppe? le fer y entre-t-il en qua-

lité d'élément constitutif, comme dans les principes minéraux du globe terrestre? tous les liquides des sécrétions émanent-ils du sang? les éléments du sperme, du lait, etc., y existent-ils? le sang est-il attiré par les parties, surtout dans les néoplasmes ou formations nouvelles, les fausses membranes, etc.? se fraie-t-il lui-même des routes, des vaisseaux, comme on en voit se créer? Dans les parties séparées qu'on greffe de nouveau, la rhinoplastie, etc., les artérioles, les veinules s'abouchent-elles, ou forment-elles des anastomoses spéciales? si le sang est vivant, peut-il être malade, être corrompu dans des solides sains? Comment les poumons d'une part, le foie d'autre part, agissent-ils sur le sang pour en séparer, les uns l'acide carbonique, l'autre de l'hydrogène carboné? Les reins sont-ils les succédanés des poumons, afin de débarrasser le sang des matières superflues, comme l'azote de l'urée, etc.? Burdach donne aussi le précis des analyses chimiques du sang avec tout ce qui se rapporte à son examen.

Dans le tome septième, l'auteur s'occupe des influences de la *vie végétative* (respiration et digestion), puis de celles de la *vie animale* (sensibilité et irritabilité) sur le sang. Il traite ensuite des métamorphoses du sang ou des secrétions, et en général de tout ce qui constitue la production des tissus animaux. Cette distribution de son ouvrage n'est peut-être pas régulière dans l'ordre logique; car l'on n'en trouve pas bien la liaison avec les objets qui précèdent; mais ce défaut n'empêche pas de rencontrer toujours une multitude de faits précieux réunis dans ce livre. Ainsi, les analogies de la sécrétion avec les phénomènes galvaniques ont été d'abord entrevues par Grui-

thuisen, et aujourd'hui les sécrétions sont considérées comme des actes chimico-vitaux. Burdach est également porté à admettre que les forces électriques entrent en jeu dans toute formation organique.

Toutefois, l'organisme vivant a le pouvoir d'éliminer les objets étrangers et nuisibles, dans les plantes mêmes. Ces substances absorbées par les racines sont rejetées par les feuilles et les tiges, ou n'arrivent point aux organes essentiels de la fructification, comme l'ont expérimenté Hales et Schubler. Il en est surtout ainsi dans l'économie animale, puisqu'une foule de matières hétérogènes sont repoussées au moyen des organes dépuratoires, ainsi que l'ont fait voir Tiedemann et Gmelin; car déjà Parmentier et Deyeux n'avaient pas pu faire passer dans le lait plusieurs médicaments, quoique perméables dans l'économie. Les poumons exhalent d'abord les substances volatiles, telles que l'alcool, les huiles essentielles, le camphre, etc. Les urines débarrassent le sang des matières plus fixes et salines. D'ailleurs le système nerveux intervient aussi pour expulser vers certains émonctoires les matériaux dangereux pour l'organisme. Au reste, Burdach a le soin de réunir les diverses analyses chimiques les plus modernes sur toutes les humeurs et sécrétions, soit du corps humain, soit des autres animaux.

C'est surtout dans le huitième volume que sont rassemblés beaucoup de documents de ce genre qu'on aime à comparer. Outre les produits homologues et normaux de l'organisme animal, les productions anormales, les dégénérescences ou les transformations et *transsubstantiations*, les pseudomorphoses, les changements hétérologues des liquides, ceux des parties solides, les excroissances,

pullulations, hétéroplasmes, parasites, concrétions, etc., forment aussi des chapitres intéressants de pathologie ou des déviations de la physiologie. En effet, on connaîtrait imparfaitement les lois de l'économie à l'état normal, si l'on n'étudiait point l'état contraire.

Il y a d'ailleurs certain jeu d'antagonisme nécessaire à considérer. S'il existe des rapports manifestes de forme entre le crâne et le bassin, qui se correspondent d'une manière générale, comme l'a démontré Weber, il faut donc connaître cette loi générale, soit de *consensus*, soit d'antagonisme. Pourquoi les organes génitaux, par exemple, sont-ils plus développés dans les acéphales et hémicéphales, et *vice versâ*? Quels sont les organes qui se contrebalancent, tels que le foie et les poumons, ou sont capables de se suppléer comme la peau et les reins?

De plus, l'appareil nerveux, suivant l'activité et les modifications de sa sensibilité, peut faire varier instantanément toute l'harmonie de l'organisme. Il suspend ou excite sur-le-champ les sécrétions et excrétions; il rend pernicieuses les humeurs les plus salutaires, telles que le lait, etc. On voit par là que la physiologie est aujourd'hui la plus compliquée et la plus difficile des sciences, puisqu'elle réclame le concours de toutes les autres. Elle est surtout inconstante et variable dans ses résultats, tandis que l'astronomie, l'optique, etc., s'exerçant sur des objets constants, et soumis à des lois calculables, peuvent du moins atteindre un but fixe. On pourrait reprocher à Burdach un esprit en quelque sorte *polymorphe* et des vacillations contradictoires dans le mélange de plusieurs hypothèses métaphysiques qu'il associe. Cependant, il faut moins en accuser son imagination que la nature pro-

téiforme des organismes vivants, toujours dépendants de la mobile variété des circonstances qui les environnent et les influencent.

Quoi qu'il en soit, et malgré ses défauts que nous n'avons pas dû dissimuler, l'ouvrage de Burdach, bien qu'il ne nous soit pas entièrement connu, nous semble le plus riche répertoire de faits physiologiques connus dans nos temps actuels; il devient un complément indispensable de la grande physiologie de Haller. Il rivalise avec elle par l'immense érudition, l'étendue des vues, et la connaissance profonde de l'histoire naturelle des règnes organiques, quoiqu'il ait beaucoup moins d'ordre, de méthode et de précision. Haller fut trop mécanicien; Burdach est parfois trop abstrus dans ses idées métaphysiques. Haller fut un des plus grands esprits du dix-huitième siècle, et il brilla dans des genres différents. Burdach, sans avoir montré la même étendue de génie, est l'une des hautes capacités de l'école allemande actuelle; c'est pourquoi nous croyons qu'il offre, avec les travaux de Tiedemann et de Carus, un monument remarquable et digne d'intéresser notre pays.

Nous nous réservons de faire connaître les quatre volumes qui doivent paraître ultérieurement (1).

J.-J. VIREY.

---

(1) Les médecins qui aiment à réfléchir et à porter quelquefois leurs regards au-delà de l'horizon étroit de nos écoles, nous sauront gré de mettre de temps à autre sous leurs yeux quelques applications de la philosophie médicale allemande, qui, dans sa métaphysique abstruse, a du moins le mérite de remuer beaucoup d'idées, et souvent de grandes idées : *medici toti non sint in curarum sordibus*; a dit l'illustre chancelier Bacon. C'est dans cette pensée que nous

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

MÉMOIRE

SUR

LES CAUSES GÉNÉRALES DES SYPHILIDES, ETC.;

PAR C.-F. MARTINS,

Docteur en médecine, médecin du Bureau de bienfaisance du 3e arrondissement, ancien interne à l'hôpital St-Louis.

(Suite et fin (1).)

SIXIÈME QUESTION.

« *Quelle est l'influence de la constitution sur le déve-*
» *loppement des syphilides?* »

Mes recherches ne m'ont pas amené à des résultats bien précis sur ce sujet, parce que les différents traits qui servent à caractériser la constitution n'ont pas toujours été rassemblés avec assez de soin. Je me bornerai donc à donner ici quelques chiffres. Sur dix-sept individus dont la couleur des cheveux a été notée, treize les avaient châtains, blonds ou roux, quatre avaient des

---

donnons ici, sous le titre de *Philosophie médicale*, la savante analyse qui nous a été adressée par le docteur Virey. N. R.

(1) Voir le précédent cahier de la *Revue*.

heveux noirs. Sur dix malades où il est fait mention de la teinte de la peau, six l'avaient fine et blanche, quatre au contraire brune. Sur trente-deux sujets, dix-neuf sont notés comme étant d'une constitution faible et lymphatique, treize étaient d'une force ordinaire ou au-dessus de la moyenne. Nous ne connaissons malheureusement pas la proportion dans laquelle le tempérament lymphatique est aux autres tempéraments en France; mais je ne saurais le supposer tellement prédominant que la proportion de dix-neuf sur trente-deux n'indiquât une fréquence plus grande de ce tempérament chez les hommes affectés de syphilides. D'ailleurs cette opinion est celle de tous les praticiens exercés, et en particulier de MM. Biett et Albers. Ce dernier va même jusqu'à dire que les individus scrofuleux sont plus souvent affectés de blennorrhagie que de chancres, et c'est uniquement pour cela que les syphilides succèdent, selon lui, plus souvent aux blennorrhagies qu'aux chancres. On voit qu'en parlant ainsi, il accorde une influence plus grande à la constitution qu'au symptôme d'infection. (Voyez l'observation X.)

SEPTIÈME QUESTION.

« *Quelles sont les causes déterminantes de l'apparition* » *des syphilides?* »

Cette question a particulièrement fixé mon attention. Il m'a semblé intéressant de savoir sous l'influence de quelles circonstances l'éruption a lieu, ou bien si cette apparition ne se rattache à aucune cause déterminante.

1° *Influence de la saison.*

Quoique plusieurs auteurs aient mentionné celle du froid ou de la chaleur, aucun ne s'est assuré numériquement à quelle époque de l'année ces affections se développent le plus communément.

M. Humbert (pag. 55) dit seulement qu'elles surviennent plus souvent durant les fortes chaleurs de l'été; M. Albers (pag. 24), que les temps humides et froids, le printemps et l'automne, déterminent leur développement; MM. Cazenave et Schedel (p. 434), que le froid favorise leur développement, tandis que la chaleur le réprime; assertions contradictoires à celles d'Humbert, et qui, nous le verrons bientôt, sont complètement inexactes.

Voici dans quelles proportions les syphilides se sont montrées dans chaque mois de l'année :

janvier,	3	juillet,	5
février,	1	août,	4
mars,	1	septembre,	5
avril,	3	octobre,	3
mai,	5	novembre,	3
juin,	8	décembre,	6

On peut tirer de ce tableau plusieurs conséquences du plus haut intérêt. En effet, si l'on consulte le tableau présentant la température moyenne de chaque mois calculée sur 21 ans, d'après les observations faites à l'Observatoire depuis 1806 jusqu'à 1826, et qui est certainement l'expression la plus exacte du climat de Paris, on trouve que l'année se divise en six mois chauds et six mois froids, c'est-à-dire que la température moyenne de cha-

que mois froid est inférieure à la température moyenne de chaque mois chaud. La moyenne générale des températures pour les mois chauds, savoir, mai, juin, juillet, août, septembre, octobre, est de + 16° (1), et le nombre des syphilides observées pendant ces mois est de 28. Dans les mois froids, au contraire, novembre, décembre, janvier, février, mars et avril, dont la moyenne générale est 5°, 5, le nombre total des syphilides s'élève à 17 seulement. Ainsi l'on peut dire en général que la chaleur favorise le développement de ces éruptions. Cela est tellement vrai que si l'on calcule le nombre des syphilides qui apparaissent dans les quatre mois les plus chauds de l'année, savoir, juin, juillet, août et septembre (moyenne générale + 17°), on trouvera qu'il est de 20. Dans les mois tempérés, au contraire, avril, mai, octobre et novembre (moyenne générale + 11°), il n'est que de 14.

On ne saurait conclure de ces résultats que le froid ne peut favoriser le développement des syphilides. En effet, décembre présente 6 cas de syphilides, c'est-à-dire qu'il tient le second rang pour le nombre; janvier, 3 cas, ce qui le met au cinquième rang, avec avril, juillet et octobre. De plus, les quatre mois les plus froids, décembre, janvier, février et mars présentent encore 11 cas; mais sur ces 11 cas 9 appartiennent à décembre et janvier. Or, ces deux mois sont les deux plus froids de l'année, leur moyenne étant seulement + 3°. Donc un degré de froid intense favorise l'apparition des syphilides, et produit un effet analogue à celui d'une grande chaleur;

(1) Échelle centigrade.

car si décembre est après janvier le mois le plus froid de l'année (moyenne, 3°, 9), juillet est le plus chaud (+ 18°, 6), et ces deux mois sont ceux qui présentent le plus de cas. Il est donc exact de dire que la chaleur favorise le développement des affections cutanées vénériennes; mais il est inexact d'affirmer avec certains auteurs que le froid en général produit le même effet ; car les quatre mois les plus froids, décembre, janvier , février et mars (moyenne + 4°) comptent 11 cas de syphilides en tout, tandis que les quatre mois tempérés, avril, mai, octobre et novembre (moyenne + 10, 5) en comptent 14. Ce qui est vrai, c'est qu'un degré de froid intense (en moyenne, + 3) amène plus de syphilides qu'une température moyenne de + 6°, +9°, + 11°, et produit un effet presque aussi énergique qu'une chaleur moyenne de + 16°.

On pourrait objecter que décembre, qui compte 6 cas (moyenne 3°, 96), est moins froid que janvier (moyenne 2°, 05). J'ai à répondre que, dès le 26 décembre, nous trouvons des jours dont la température moyenne est + 1 et une fraction, ce qui est à Paris la moyenne la plus basse; et l'on peut admettre que cette température déterminant l'éruption de la plupart des syphilides, il n'en reste qu'un petit nombre qui se développent ensuite sous l'influence des froids de janvier.

Examinons maintenant plus en détail l'influence de la saison chaude.

Il est d'abord très-curieux de voir que mai et septembre comptent chacun 5 cas, et, en examinant leurs moyennes de température, nous voyons qu'elles ne diffèrent que d'1°, 2. Le grand nombre des syphilides de

ces deux mois s'explique en réfléchissant qu'ils renferment des jours dont les moyennes vont de + 15° à + 17°. Or, + 16° est la moyenne du mois de juin, celui de l'année qui compte le plus grand nombre d'éruptions.

Cherchons à nous rendre compte pourquoi juin est celui de tous les mois qui présente le chiffre le plus élevé; sa température est + 16°, celle de juillet et d'août + 18. L'explication est la même que celle que nous avons donnée pour expliquer le chiffre élevé du mois de décembre; c'est que la température de + 16° est suffisante pour déterminer l'éruption syphilitique, d'où les chiffres assez faibles de juillet et d'août. Ainsi donc, non-seulement la chaleur favorise le développement des syphilides plus que le froid; mais il est un degré, celui de 16 en moyenne, qui paraît suffisant pour produire cet effet sur l'économie. Ajoutons que la température diurne moyenne la plus forte à Paris est 19°, 57, et qu'à la fin de juin on a des jours qui donnent 18°, 04 et 18°, 15, observation analogue à celle que nous avons faite pour le froid en décembre (1).

Il est facile de comprendre maintenant pourquoi des mois si différents pour la température, janvier (+ 2, 05), avril (+9,83), octobre (+11,34) et novembre (+6,78) ont tous le même chiffre pour les syphilides. Cela provient de deux causes tout-à-fait différentes. Janvier succède à décembre dont le chiffre est très-fort, et qui ne lui a plus laissé pour ainsi dire de syphilides à développer. Juillet se trouve dans le même cas vis-à-vis de juin;

(1) L'action de la chaleur détermine très-rapidement l'apparition de la syphilide; un seul bain de vapeur suffit souvent pour produire cet effet.

enfin, octobre et novembre sont des mois tempérés où jamais le thermomètre ne fournit *les moyennes de + 5° d'un côté, et + 26° de l'autre, qui paraissent être dans notre climat les températures les plus favorables au développement des syphilides.* Ces dernières observations s'appliquent aussi aux mois de février et de mars, qui sont de tous les mois de l'année ceux où l'on observe le plus rarement ces maladies à leur début.

2° *Influence de quelques causes accidentelles.*

Nous venons de voir combien le changement de température avait de part à la production des syphilides, dans la succession des saisons.

L'influence accidentelle de la température n'est pas moins puissante. Hunter (pag. 39) rapporte une observation où une syphilide survint chez un homme qui avait couché dans des draps mouillés, et il ajoute : « Il fallait dans ce cas quelque pouvoir nouveau qui agît sur le corps pour le disposer à recevoir plus facilement l'action vénérienne. Que le froid ait un pareil pouvoir, nous l'avons déjà admis, et il paraît que, dans ce cas, c'est lui qui en a été la première cause immédiate. » Ce grand physiologiste attribuait à cet agent une influence bien grande, car il croyait que les différentes parties du corps étaient affectées par la syphilis dans l'ordre de leur caloricité. Les ulcères, dit-il (p. 324), affectent les parties dans l'ordre suivant : la peau, les amygdales, le nez, le gosier, la bouche et quelquefois la langue, puis les aponévroses et les os. La peau et les parties qu'elle recouvre sont exposées continuellement à un plus grand froid que les

sont les parties internes. Voilà aussi pourquoi la bouche, le nez, la peau en sont le plus fréquemment affectés. Lorsque les os entrent en action, ce sont, en général, les plus rapprochés de la surface du corps, le tibia, le cubitus, les os du nez. Dans les climats chauds, la maladie n'est presque jamais aussi violente que dans les climats froids.

Le docteur Simon, de Hambourg, a vu souvent des syphilides se développer chez des individus qui du midi se rendaient vers le nord.

Les eaux minérales ont une action que l'on avait déjà signalée jadis, et dont M. Biett a fait sentir toute l'importance dans ses cliniques, et en particulier dans celles de 1830. (Voyez *Revue médicale*, juin 1830.) Les eaux d'Abano en Toscane, dont la température est de 50° Réaumur, avaient autrefois une grande réputation sous ce point de vue : elles provoquaient l'explosion des syphilides, et M. Biett a vu souvent le même effet produit par les bains de vapeur à Saint-Louis.

Parmi nos malades, deux ont été dans ce cas : l'un a été couvert d'un lichen, après avoir pris quelques bains de mer, l'autre (*Obs.* X) d'une éruption qui devint ulcéreuse par la suite, après avoir fait usage des eaux de Plombières. Il est bon de remarquer que les eaux minérales n'agissent peut-être ici que par leur température; car nous voyons les bains de vapeur simples provoquer l'éruption aussi bien que les eaux thermales; mais, comme il est, d'un autre côté, incontestable que certaines eaux minérales, celles de Loueche par exemple, donnent lieu à une éruption miliaire, la question reste indécise.

3° *Influence de maladies étrangères, de fatigues ou d'affections morales.*

Entrevue et indiquée par un grand nombre d'auteurs, cette influence n'a pas été appréciée à sa juste valeur. Pour en convaincre le lecteur, je vais faire passer sous ses yeux tout ce qui a été écrit sur ce sujet par les principaux syphilographes.

Hunter est le premier qui l'ait signalée ; il dit (p. 328) : « On observe que le moindre dérangement dans la constitution fait paraître la syphilis ; » et (p. 329), en parlant du même malade qui eut une première fois des symptômes consécutifs, en août 1781, après avoir couché dans des draps humides, il rapporte qu'il fut repris, en juin 1782, à la suite d'une maladie appelée *influenza*, et que certainement ces périodes eussent été plus longues si les deux circonstances de la fièvre et du froid n'eussent point déterminé l'explosion.

W. Nisbeth (1788), s'exprime ainsi (p. 229) : « On a observé qu'en recevant une violence sur une partie, lorsqu'aucun symptôme d'infection générale ne paraissait, et qu'aucun indice ne dénotait la présence du virus, l'infection se manifestait bientôt, de sorte qu'il fallait recourir à un traitement régulier pour contrebalancer ses effets. Quand une infection cachée existe chez les femmes, elle dort assez souvent jusqu'à ce qu'une grossesse survienne, ou jusqu'à ce que les règles disparaissent. »

Freteau (1813), cité par Richond (I, p. 267) : « L'expérience a prouvé que quand le virus se réveille de cet état d'assoupissement, il sévit alors sur les parties les plus faibles, et alors son développement est presque toujours

déterminé, soit par quelque violence reçue accidentellement, soit par l'état de grossesse ou l'acte de l'accouchement, soit par l'âge critique chez les femmes, soit par l'invasion de quelque maladie aiguë qui vient modifier différemment la constitution, soit enfin dans quelques circonstances par un mouvement spontané.»

Swediaur (1817 II, p. 27) : « Il reste encore à vérifier si le virus syphilitique demeure, comme quelques écrivains l'ont assuré, plus long-temps inactif dans les personnes robustes, flegmatiques ou moins irritables, que dans les personnes délicates, très-sensibles, ou affaiblies par des maladies.» Et (p. 26), «dans quelques cas rares, à la vérité, le virus semble être resté plusieurs années sans avoir donné aucun signe de sa présence, lorsque tout-à-coup, après des excès de vin, quelque exercice violent, l'usage des eaux et des bains minéraux, ou à la suite d'une fièvre, il se manifeste par les signes les moins équivoques.»

M. Pailloux, après avoir dirigé l'attention du lecteur sur l'influence des professions, ajoute (Prop. XIX) : « Plusieurs faits me portent à croire que la manière de vivre des personnes qui ont été guéries d'une affection syphilitique primitive, influe beaucoup sur le développement de tel ou tel symptôme consécutif qui se manifeste chez elles.»

M. Biett, dans sa clinique de 1830, s'exprimait ainsi : « Il n'est pas rare de voir la syphilis, restée latente pendant un temps plus ou moins long, faire explosion tout-à-coup à l'occasion de perturbations physiques ou morales qui viennent ébranler l'économie.» Et après s'être étendu sur l'effet des eaux minérales, il ajouta que des fièvres

intermittentes et même éphémères avaient plus d'une fois amené des résultats analogues..

M. Humbert, instruit aux leçons du même maître, dit (p. 54) : « Nous ne savons guère quels sont les états de notre économie qui tantôt maintiennent latent le principe syphilitique dont elle est pénétrée, et tantôt, suscitant tout-à-coup son action, préparent l'apparition des syphilides; seulement, comme on observe assez souvent qu'elles se montrent à la puberté, aux époques mensuelles, à la cessation des règles, après des écarts de régime, des bains chauds, à la suite de peines morales profondes, il est bien permis de croire que ces circonstances peuvent réellement en devenir la cause occasionnelle.»

MM. Casenave et Schedel ajoutent, avec raison (p. 458), à cette énumération les exercices forcés. M. Gibert signale aussi (p. 102) les deux ordres de causes, les unes physiques, les autres morales.

M. Albers, dont nous avons si souvent cité l'excellent mémoire, entre dans quelques détails à ce sujet. « Les syphilides, dit-il (p. 23 et 24), n'apparaissent ordinairement chez ceux qu'une longue maladie, des traitements multipliés, et la profonde démoralisation qui en est la conséquence, ont depuis long-temps affaiblis, que lorsque les forces sont encore dans leur intégrité; alors leur développement est déterminé par un mouvément fébrile qui produit un trouble profond dans l'économie. Je les ai vues survenir pendant le cours d'une pleurésie ou d'un exanthème non syphilitique, et chez des individus qui avaient éprouvé de grandes fatigues. En 1815, j'observai des soldats qui avaient eu des symptômes primitifs dont ils guérirent très-vite; mais vers la fin de la campagne ils

étaient couverts de papules, dont la nature ne pouvait être douteuse. »

M. Rayer parle (p. 374) des symptômes fébriles qui précèdent l'éruption, et dont un bain de vapeur ou un exercice violent hâte quelquefois le développement.

M. Rufz (p. 36) a mis aussi un grand soin à s'informer de l'état de santé des malades, pendant le laps de temps qui s'est écoulé entre les symptômes primitifs et consécutifs ; ses résultats sont les suivants :

La plupart des malades ont joui d'une bonne santé.

Chez deux, il y eut des angines qui exigèrent, chez un, l'excision des amygdales.

Un malade eut la colique des peintres.

Un autre, une orchite, suite de coup.

Un autre, une large blessure au thorax, avec fièvre et un abcès.

M. Rufz en conclut qu'une maladie grave qui imprime une vive secousse à l'économie, n'est pas une circonstance capable de la débarrasser de l'influence syphilitique, et n'empêche pas le développement des symptômes consécutifs. Il est fâcheux qu'il n'ait pas noté si ces maladies avaient précédé immédiatement l'apparition des syphilides ; peut-être eût-il conclu que, loin de pouvoir empêcher leur développement, les maladies le favorisaient.

La fièvre syphilitique, décrite très-bien par Hecker et Morelli, l'a été depuis par tous les auteurs qui se sont occupés des syphilides; tous sont d'accord pour la représenter comme précédant plus souvent les éruptions papuleuses que les autres. Tous la regardent aussi comme l'effet du trouble que l'éruption qui va naître détermine

dans la circulation; ils l'assimilent, en un mot, au mouvement fébrile qui précède la variole, la rougeole et la scarlatine. Cette opinion, quoique probable, est sujette à quelques difficultés. 1° De l'aveu de tous les auteurs, cette fièvre n'est pas constante; 2° elle ne précède pas toutes les espèces de syphilides; 3° elle persiste quelquefois après l'éruption (*Obs.* IV); 4° nous voyons souvent des syphilides succéder immédiatement à des mouvements fébriles, dont la cause est une affection tout-à-fait étrangère à l'éruption. D'après cela, ne pourrait-on pas penser que cette fièvre est la cause, non l'effet de l'éruption? Cette supposition se transforme presque en certitude quand on songe combien les causes qui peuvent provoquer l'éruption de la maladie cutanée sont diverses. On verra, par le tableau suivant, que sur vingt et un cas la maladie a été précédée dix-sept fois de bien d'autres affections que d'un simple mouvement fébrile. Sur mes soixante observations, les causes occasionelles n'ont été notées que dans vingt et un cas; mais ce nombre est au-dessous de la vérité, parce que j'ai négligé, au commencement, de m'assurer, par des interrogations répétées, de l'état de santé du malade au moment de l'éruption. Il ne faudrait pas croire, cependant, que les syphilides sont toujours le produit immédiat d'une cause occasionelle; dans plusieurs cas où j'assistais à leur développement, je n'ai pu reconnaître le plus léger indice d'une cause déterminante quelconque (*Obs.* II, p. ex.).

Tableau des causes déterminantes de l'apparition des syphilides chez vingt et un sujets.

Fièvre simple avec brisement des membres, céphalalgie, soif, etc.	4
Fièvre intermittente pendant quatre mois.	1
Fatigues, fièvres intermittentes quotidiennes.	1
Fatigues, fièvres intermittentes, bains de mer.	1
Fatigues, sciatique rhumatismale.	1
Affections morales très-vives.	1
Toux, douleur de côté, fièvre, céphalalgie.	1
Pleurésie.	1
Pleurésie, santé languissante, eaux de Plombières.	1
Lumbago pendant trois semaines.	1
Ophthalmie double.	1
Ophthalmie et otite.	1
Eruption d'un *Acne simplex.*	1
Anoréxie, céphalalgie.	1
Scorbut.	1
Contusion violente à la cuisse, gonflement, fièvre.	1
Fracture de jambe, appareil pendant cinquante-huit jours, excoriation.	1
Coup de herse dans la jambe.	1
Total.	21

L'apparition des syphilides, après ces diverses maladies ou à la suite de ces accidents, ne saurait être considérée comme une simple coïncidence, car presque toujours l'éruption a eu lieu pendant ou immédiatement après la maladie; dans un petit nombre de cas, elle s'est faite

quelque temps après, avant que la convalescence ne fût achevée.

Du reste, c'est un travail à faire que d'interroger des individus qui ont été affectés à diverses reprises de chancres, de blennorrhagies et de bubons, et de s'assurer s'ils ont eu des maladies ou éprouvé des accidents; on verrait par cette contre-épreuve quelle est l'influence de ces causes occasionelles. Celles-ci sont si diverses, qu'il serait difficile de les ranger sous des chefs généraux; mais il est évident qu'elles ont toutes pour effet d'affaiblir les forces de l'individu, et d'en prêter ainsi à l'ennemi qui n'attend qu'une occasion pour paraître et envahir l'économie.

HUITIÈME QUESTION.

Quelles sont les parties du corps où les syphilides se montrent en premier lieu au moment de l'éruption ?

La réponse à cette question ne saurait donner lieu au moindre doute. Tous les auteurs ont répété ce qu'Antonius Gallus, vulgairement Lecoq, professeur à Montpellier, disait déjà en 1540. « Pustulæ fere semper prius » emergunt circa frontem ac tempora aut aliam quamvis » corporis partem, præter quam ubi cœpit malum. »

On peut voir par le tableau ci-joint que cette assertion est parfaitement exacte, puisque, sur 33 cas, la syphilide a commencé 19 fois sur la face ou le derme chevelu.

Face.	16
Derme chevelu	3
Aisselle.	1
Bras.	4
Avant-bras.	1
Dos.	2
Ventre.	1
Fesses et périnée.	1
Scrotum	1
Corps entier	3
Total. . . .	33

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

Ceux qui auront lu ce mémoire avec attention reconnaîtront, je crois, qu'il tend vers la solution d'une question dont l'importance pratique ne saurait être mise en doute, savoir : la détermination des causes des syphilides. *Sublatâ causâ tollitur effectus*; par conséquent, si le médecin avait une connaissance approfondie de ces causes prédisposantes ou occasionelles, il pourrait, sinon prévenir toujours, du moins prévoir la maladie, indiquer au patient quelles sont les influences qui peuvent déterminer son apparition, le placer dans les conditions les plus favorables; en un mot, ne pas le laisser dans une dangereuse sécurité lorsque l'ensemble des symptômes

rend plus que probable l'apparition d'une syphilide consécutive. Les causes des syphilides connues, leur diagnostic en deviendra plus facile; car, lorsqu'on saura joindre à tous les signes, pour ainsi dire physiques, de l'affection cutanée, un ensemble de circonstances commémoratives, toutes reconnues comme causes prédisposantes ou occasionelles de ces affections, il résultera de cet accord un faisceau de preuves qui dissipera tous les doutes. Je vais donc présenter ici au lecteur une série d'aphorismes ou de propositions qui résument les résultats principaux auxquels m'ont conduit l'analyse et l'observation.

NATURE DES SYMPTÔMES.

I. *Blennorrhagie.*

1° La blennorrhagie est, de tous les symptômes primitifs, celui qui, proportionnellement, donne lieu le plus rarement aux syphilides;

2° Sa complication avec un orchite ou des bubons n'ajoute rien à sa gravité par rapport aux affections cutanées secondaires.

II. *Chancres.*

1° Les chancres sont, de tous les symptômes primitifs, ceux après lesquels on observe le plus de syphilides;

2° Leur complication par un bubon n'ajoute rien à leur gravité par rapport aux affections cutanées secondaires;

3° Les chancres, accompagnés, précédés ou suivis

d'autres symptômes d'infection, comparés aux chancres sans complication, sont évidemment la cause la plus fréquente des syphilides, et cela, dans la proportion de quatre à un, environ.

III. *Syphilides.*

1° Les syphilides papuleuses sont les plus communes de toutes : leur rapport à la somme de toutes les autres est comme 12 à 23 ;

2° Les syphilides véritablement pustuleuses (*Ecthyma syphiliticum*) sont les plus rares de toutes chez l'adulte ; rapport : 3 à 32 ;

3° Tous les genres de syphilides succèdent indifféremment à tous les symptômes primitifs, excepté peut-être la syphilide pustuleuse, qui, d'après les observations de Carmichael et les miennes, paraît avoir été toujours précédée de chancres seulement ;

4° Les syphilides graves, telles que les tubercules et les ulcérations, reconnaissent aussi souvent pour cause des blennorrhagies que des chancres ;

5° Plus de la moitié des syphilides affectent en débutant la face ou le derme chevelu.

INFLUENCE DU TRAITEMENT ET DE LA CONSTITUTION.

1° Dans l'état actuel de nos connaissances, l'influence du traitement des symptômes primitifs paraît être nulle sur la production et la nature des affections cutanées secondaires ;

2° Le mercure n'est pas doué d'une vertu prophylactique

assez énergique pour prévenir pendant toute la vie les récidives de la syphilis; son action est actuelle comme celle des autres médicaments, comme celle du sulfate de quinine dans les affections intermittentes, du tartre stibié dans la pneumonie;

3° Les individus faibles, lymphatiques ou scrofuleux, sont plus souvent affectés de syphilides que les autres, dans la proportion de 19 à 13.

RAPPORTS DE TEMPS ENTRE LES SYMPTÔMES PRIMITIFS ET LES SYPHILIDES CONSÉCUTIVES.

I. *Blennorrhagie.*

1° Dans la moitié des cas de blennorrhagies simples suivies de syphilides, on voit l'affection cutanée apparaître dans les quatre années consécutives à l'écoulement: quatre mois et quarante-deux ans ont été les limites extrêmes que j'aie observées;

2° De tous les symptômes primitifs, la blennorrhagie est, en moyenne, celui qui est séparé des éruptions secondaires par l'intervalle de temps le plus long;

3° La somme de ces intervalles est à celle des intervalles pour les chancres, comme 57 à 23;

4° La durée d'une blennorrhagie n'a aucune influence pour retarder ou hâter l'apparition de la syphilide;

5° La complication de la blennorrhagie, avec un bubon ou une orchite, paraît hâter l'apparition de la syphilide dans le rapport de 4 à 5.

Conclusion générale sur la gravité de la blennorrhagie, considérée par rapport aux syphilides consécutives.

« La blennorrhagie est le moins dangereux des symp- » tômes primitifs, parce que c'est lui qui donne lieu le » plus rarement, et dans l'intervalle le plus éloigné, aux » syphilides consécutives; celles-ci néanmoins sont aussi » graves que si elles succédaient à des chancres simples » ou compliqués. »

II. *Chancres.*

1° La moitié des syphilides qui succèdent à des chancres simples apparaissent dans les cinq premiers mois, à dater du jour de l'infection;

2° Après la blennorrhagie, le chancre simple est le symptôme primitif qui, en moyenne, est séparé des syphilides par l'intervalle le plus long;

3° La complication des chancres, avec les bubons ou la blennorrhagie, hâte singulièrement le moment de l'apparition de la syphilide; ce sont, de tous les symptômes primitifs, ceux qui sont suivis le plus tôt de symptômes consécutifs;

4° La durée d'un chancre n'a aucune influence pour hâter ou retarder l'éruption de la maladie cutanée;

5° Les chancres précédés ou suivis de blennorrhagie, accompagnés ou non de bubons, ou bien ayant récidivé une ou plusieurs fois, donnent lieu aux syphilides dans un intervalle de temps, qui est à celui des chancres simples, comme 3 à 5.

Conclusions générales sur la gravité des chancres, considérés par rapport aux syphilides consécutives.

1° « Le chancre simple est plus grave que la blennor- » rhagie simple, en ce qu'il donne lieu plus souvent et » dans un intervalle plus rapproché aux syphilides con- » sécutives ;

2° » Les chancres récidivant, ou bien accompagnés, » suivis ou précédés de blennorrhagie, sont plus graves » que les chancres simples, en ce qu'ils sont suivis plus » souvent et plus tôt de syphilides secondaires. »

III. *Syphilides.*

1° Les syphilides pustuleuses sont celles de toutes qui surviennent le plus vite après les symptômes d'infection (moyenne 7 mois), puis viennent les syphilides papuleuses (21 mois), tuberculeuses (5 ans), ulcérantes (8 ans), tuberculo-ulcérantes (8 ans et demi);

2° La gravité de la syphilide n'est pas mitigée lorsque l'intervalle de temps qui la sépare du moment de l'infection est fort long ;

3° Cette gravité n'est nullement en rapport avec la nature ou les complications des symptômes primitifs ;

4° Passé l'âge de 34 ans, les chances d'être affecté de syphilides diminuent d'un tiers au moins.

CAUSES OCCASIONNELLES ET DÉTERMINANTES DES SYPHILIDES.

I. *La température.*

La chaleur favorise l'apparition des syphilides plus que le froid;

2° L'influence d'une température basse pour nos climats, telle que 3° au-dessus de 0 en moyenne, est presque aussi énergique que celle d'une chaleur moyenne de + 16°, puisque les nombres de syphilides produites par ces deux causes sont entre eux comme 3 à 4;

3° Une température moyenne de + 6°, 4 paraît la plus propre à empêcher leur apparition.

4° L'influence de la température se fait sentir au bout d'un espace de temps très-court.

5° Le froid et la chaleur artificiels ont la même influence que la température atmosphérique.

II. *Les maladies.*

Tout ce qui tend à affaiblir l'économie, les maladie médicales ou chirurgicales, les éruptions cutanées non syphilitiques, les fatigues, les peines morales vives, déterminent l'apparition des syphilides.

OBSERVATIONS.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Deux blennorrhagies. — Chancres et bubons traités antiphlogistiquement. — Quatre ans après, syphilide papuleuse à la suite de fatigues et de fièvre intermittente quotidienne.

N...., commis-voyageur, âgé de 27 ans, d'une forte constitution, caractérisée par des cheveux noirs, un système pileux et musculaire très-développé, et une bonne santé, quelques douleurs articulaires rhumatismales et des palpitations exceptées; contracta en 1830, pour la première fois une blennorrhagie avec une fille publique. Cet écoulement fut accompagné de vives douleurs et dura trois semaines environ sans complication. Au début, on fit une application de vingt sangsues au périnée; puis les bains et des boissons abondantes amenèrent la guérison sans l'emploi d'aucun astringent.

Trois mois après, vivant depuis environ quatre semaines, sans avoir éprouvé de nouveaux symptômes primitifs, avec une femme qui ne lui avait donné aucun mal, il se déclara, après des excès de coït, une seconde blennorrhagie qui durait depuis dix à douze jours, lorsque la révolution de juillet éclata. Les émotions et les fatigues que le malade éprouva pendant les trois journées supprimèrent l'écoulement pendant six à huit jours, après lesquels il reparut pour cesser définitivement au bout de deux semaines. Le traitement fut le même que la première fois.

L'année suivante (1831), N.... contracta avec une fille publique un chancre placé au frein du gland, qui le dé-

truisit entièrement et dura au moins vingt-cinq jours. Ce chancre était sur le point de se guérir, lorsque le malade eut des rapports avec une femme ; il s'ensuivit une inflammation très-vive et un bubon du côté gauche. Envain soixante sangsues furent-elles appliquées sur l'engorgement, la suppuration survint et le bubon fut ouvert avec le bistouri, les bords de la plaie se renversèrent et prirent un mauvais aspect; néanmoins, à l'aide de pansements avec le styrax et une compression méthodique, la cicatrisation eut lieu en un mois de temps environ. Pas un atôme de mercure ne fut employé pour le traitement de ces trois affections.

Pendant les années 1832, 1833 et 1834, N.... n'éprouva pas le plus léger symptôme qui pût être attribué à la syphilis, et il jouit constamment de la meilleure santé. En août 1835, il fit des courses très-fatigantes qui l'obligeaient à être nuit et jour à cheval; pendant six semaines, il supporta toutes les intempéries de l'air, et revint à Paris très-fatigué. Après huit ou dix jours de malaise, il fut pris dans les premiers jours d'octobre d'un accès de fièvre précédé de frisson qui revint pendant sept jours de suite régulièrement à huit heures du soir, et durait jusqu'à une heure du matin. Sous l'influence du sulfate de quinine, la fièvre disparut, mais il resta un gonflement considérable de la rate pour lequel on appliqua quatre fois de suite dix à quinze sangsues. La douleur de l'hypochondre gauche se dissipa; mais le premier jour que le malade sortit, l'air était froid et il rentra affecté d'une éruption qu'un habile médecin déclara n'être qu'une urticaire. Cette éruption n'occupait que la face; elle consistait en papules rouges, saillantes, ayant un dia-

mètre de une à cinq lignes, et elle était survenue dans l'espace d'une heure; l'affection locale était accompagnée d'une fièvre générale qui retint le malade dix à douze jours au lit. Il se purgea, but des boissons rafraîchissantes, l'éruption disparut peu à peu, et fut suivie d'une légère desquammation; l'appétit revint, et le malade put sortir le 20 octobre.

Le 3 novembre, après un voyage de six lieues par un temps très-rigoureux, il revint avec la figure dans le même état que la première fois; il avait de plus un gonflement érysipélateux, et une éruption de pustules qui couvrit toute la face et bientôt tout le dos; des papules se montrèrent sur les bras; une saignée, des lotions émollientes firent cesser la turgescence inflammatoire et disparaître les pustules, *mais les papules persistèrent*. Leurs caractères étaient les suivants : diamètre d'une à deux lignes, saillie légère, couleur cuivrée, légère desquammation à laquelle succède un liséré blanc; démangeaisons vives, surtout dans les sourcils, sur le front et dans les favoris, où elles sont plus nombreuses que dans les membres; le malade souffrait d'insomnies, et, au commencement de décembre, il fut tourmenté de douleurs *ostéocopes* nocturnes, occupant tour à tour la tête, le bras gauche et les deux jambes. En janvier 1836, il survint des périostoses aux deux cubitus et aux deux tibias. Des soins hygiéniques bien entendus, l'emploi du proto-iodure de mercure et de l'opium rétablirent le malade dans le courant de l'été.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Syphilide papuleuse discrète. — Invasion à la suite immédiate de chancres sans traitement antérieur.

Le nommé Jean Chovet, âgé de quarante-sept ans, journalier, d'une constitution assez faible, ayant la peau jaune et terne, est doué d'une intelligence médiocre. Marié depuis dix-huit ans, il n'a jamais vu d'autre femme que la sienne; mais un jour, étant ivre, il alla chez une fille. Huit jours après, sans avoir ni écoulement ni ardeur à uriner, il aperçoit à la partie inférieure du prépuce une petite ulcération arrondie. Trois jours après, survient une éruption d'abord à la fesse, puis à la tête. Un herboriste est consulté; il conseille l'infusion d'une plante dont il m'est impossible de découvrir l'espèce. Le malade boit trois ou quatre pots de cette tisane, et se présente à l'hôpital sans avoir fait d'autre traitement.

Son état un mois après l'infection syphilitique est le suivant : prépuce de la verge tuméfié et couvert de quatre ulcérations circulaires à bords relevés, fond rougeâtre et jaunâtre, lorsqu'il existe une légère fausse membrane. L'une est de la grandeur d'une pièce de 5 sous, les autres beaucoup plus petites. Léger suintement blanc entre le prépuce et le gland, impossibilité de découvrir celui-ci au-delà de l'espace circulaire, dont l'orifice du méat est le centre. Sur la verge, sont huit à dix tubercules arrondis de la grandeur d'une petite lentille, de la même couleur que la peau, et recouverts de squammes légères. Des ulcérations arrondies superficielles se

confondant les unes avec les autres, à fond jaunâtre, au milieu duquel on reconnaît quelques bourgeons charnus, ont envahi tous les points du scrotum qui sont en contact avec la verge ou avec la partie interne des cuisses. Des tubercules suppurants (pustules plates de Cullerier), donnant lieu à des ulcères ronds, à bords proéminents et durs, à fond rougeâtre, recouvrent cette dernière partie au nombre de 5 à 6 de chaque côté. Les parties externes et antérieures des cuisses, le corps et les membres supérieurs sont parsemés en outre de papules saillantes, d'une demi-ligne, lisses, arrondies, hémisphériques, d'un rouge pâle, passant quelquefois au brun. Un petit nombre présente des squammes furfuracées, blanches et très-légères; les plus grosses sont de la grandeur d'une lentille, les plus petites de celle d'un petit grain de millet. A la racine du nez et dans les cheveux, tubercules surmontés d'une croûte jaune conique et assez consistante. Point de traitement. Le 22 décembre, les ulcérations du scrotum sont tout-à-fait cicatrisées, les pustules de la partie interne des cuisses séchées. Les papules dans le même état, sauf qu'on n'observe plus sur aucune d'elles des squammes furfuracées.

Le 31, les papules sont presque toutes plissées, d'une teinte cuivrée, entourées d'un liséré, ou couvertes de squammes légères; celles de la poitrine sont plus rouges et dépourvues de squammes. 2 pilules de cyanure de mercure.

Au bout de 26 jours, après avoir pris 107 pilules, le malade éprouve de légères coliques, un peu de gonflement des gencives et de salivation, les pilules sont suspendues pendant quinze jours. Au bout de ce temps,

elles sont reprises : le malade en reprend 70 en 21 jours, et sort le 23 février.

Je le revois le 4 mars. Partout où la syphilide existait, elle a laissé des tâches brunâtres sans dépression. Il existe encore un certain nombre de petites papules pâles et peu saillantes à la partie interne des cuisses.

TROISIÈME OBSERVATION.

Syphilide papuleuse discrète (lichen syphilitique). — Invasion à la suite de chancres traités par le mercure.

Le nommé Normand, charron, âgé de quarante-deux ans, d'une forte constitution, eut, pour la première fois de sa vie, un symptôme syphilitique en janvier 1833; c'était un chancre profond qui a laissé une induration à la couronne du gland; en même temps les glandes de l'aine droite s'engorgèrent, mais le bubon ne s'ouvrit pas. Le malade pansa les chancres avec de l'onguent mercuriel, prit du sublimé et une infusion de chiendent. Trois mois après le moment de l'infection (avril 1833), Normand fut pris de céphalalgie, de brisement dans tous les membres, avec soif plus vive et sueurs abondantes; les yeux étaient rouges et larmoyants. Ces symptômes durèrent deux jours; lorsqu'ils cessèrent, le malade était couvert d'une éruption présentant les caractères suivants : c'étaient de petites éminences solides, variant en grosseur depuis un grain de millet jusqu'à une lentille, hémisphériques, aplaties, d'un rouge brun (cuivré) sur les bras, d'un rouge jaunâtre sur le dos; celles du bras sont surmontées d'une squamme légère, qui, après sa chute, laisse à sa place un liséré blanc entourant la base de la

papule. Ce malade fut mis d'abord à l'usage des bains et de la mauve émulsionnée, puis à celui du proto-iodure de mercure. Il en prit 60 grains en pilules, et sortit de l'hôpital, complètement guéri, au bout de deux mois.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Blennorrhagie traitée sans mercure. — Un an après, céphalalgie très-violente suivie d'une syphilide papuleuse générale.

Pessat, âgé de trente-trois ans, commissionnaire, né en Savoie, d'une bonne constitution, prit, à l'âge de trente-deux ans, une blennorrhagie avec une fille de son pays ; elle dura trois mois, et fut traitée par la tisane d'orge et de réglisse, et coupée avec un mélange de cubèbe et de copahu. Un an après, au commencement d'octobre 1832, le malade fut pris de fièvre avec toux, douleur de côté, soif et anorexie. Quinze jours après, une céphalalgie violente vint se joindre à ces symptômes. Vers le 8 novembre, des papules se montrèrent d'abord sur le dos, puis à la face, surtout autour du nez. Le malade entra à l'hôpital le 26 novembre 1832, dans l'état suivant : la céphalalgie, loin d'avoir cessé au moment de l'éruption, est plus forte que jamais, surtout la nuit ; le corps entier, mais surtout la face, sont couverts de papules arrondies saillantes, tantôt éparses, tantôt réunies en groupes, formant des plaques de la grandeur d'une pièce de vingt sous. En moyenne elles ont la grandeur d'une lentille ; leur couleur est un rouge cuivré sur les papules du corps, qui, dans les plus anciennes, passe au jaune, et offre une teinte plus foncée chez celles qui siègent sur la face. Au front on observe quelques tubercules de la grosseur d'un

pois; quelques autres sont épars sur le derme chevelu qui est sensible au toucher pendant la nuit. Les fonctions générales du malade s'accomplissent régulièrement.

Le 2 décembre, le malade fut mis à l'usage de la décoction de gayac et des pilules de proto-iodure de mercure. Au bout de dix-huit jours, la céphalalgie n'était plus qu'une pesanteur de tête incommode, bornée à la région frontale, le derme chevelu avait perdu sa sensibilité au toucher. Les papules de la face s'étaient affaissées au point d'être de niveau avec la peau environnante, en même temps elles avaient pâli : celles du corps étaient remplacées par de petites dépressions semblables à celles qu'on observe après la variole. Le traitement fut encore continué pendant un mois au bout duquel le malade sortit de l'hôpital.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Syphilide tuberculo-pustuleuse à la suite de tous les symptômes primitifs et de traitements mercuriels antérieurs.

Le sujet de cette observation est un homme gros et trapu, âgé de quarante-sept ans, et exerçant la profession de marchand de vin. Son intelligence est très-obtuse, et sa mémoire peu fidèle. Il a eu une première gonorrhée dont il ne peut fixer ni l'époque ni la durée; une seconde à l'âge de trente ans, qu'il prit avec une fille publique; elle dura six semaines, et fut traitée par des tisanes, le rob de Laffecteur, et une gelée que je soupçonne pouvoir être la mixture brésilienne. Deux ou trois ans après, troisième écoulement accompagné de chancres sur la

verge, qui dura encore six semaines, et fut traité par la liqueur de Van-Swieten. Le malade a un souvenir vague d'un quatrième écoulement; mais il ne saurait rien préciser, au milieu de cette succession rapide des symptômes syphilitiques variés. Néanmoins il rapporte cette blennorrhagie à l'âge de trente-six ou quarante ans. Enfin, il y a deux ans, il eut un cinquième écoulement contracté avec une fille, et pour lequel un apothicaire lui administra une poudre blanche. Il en prit pendant trois semaines, et de plus quatre pilules tous les jours. Au bout d'un mois, la chaude pisse était guérie, sauf un léger suintement et des démangeaisons aux fesses, qui durèrent jusqu'à l'apparition de la syphilide actuelle. Il y a six mois, le malade but de la décoction de bois sudorifiques, et prit des pilules dont la composition lui est inconnue. Néanmoins il vit paraître, deux mois après le commencement du traitement, un chancre de la grandeur d'une pièce de dix sous, qui a laissé une cicatrice blanche et indurée. Avant d'entrer dans l'hôpital, il avait encore bu six flacons de salsepareille. En un mot, cet homme, affecté de nouveaux symptômes avant que les anciens fussent dissipés, faisant des traitements incomplets et irrationnels, interrompus par des écarts de régime, n'a jamais, de son propre aveu, su s'astreindre à un genre de vie régulier, ni prendre pendant quelques semaines le même médicament pour arriver à une guérison solide.

La syphilide actuelle date du commencement de septembre; elle fut précédée de douleurs dans les tibia, et aux articulations du coude et du poignet; ces douleurs étaient plus fortes la nuit que le jour, et précédèrent une éruption de tubercules rouges, qui parurent en même

temps sur toutes les parties du corps et pour lesquelles il prit des bains simples.

État présent (20 novembre 1833) : les douleurs ostéocopes ont diminué, elles n'existent plus que dans les coudes et dans les poignets. Sur tout le sinciput, dans les cheveux et à la partie supérieure du front, on remarque des croûtes éparses, de la grandeur d'une lentille, convexes, jaunâtres, épaisses d'une ligne. Au sommet du front, elles forment une plaque à peu près circulaire, de la grandeur d'une pièce de six francs; les points où les croûtes sont tombées laissent à découvert une peau d'une teinte rouge cuivrée. Dans le sourcil droit, longue plaque elliptique d'un rouge obscur, un peu saillante, offrant quelques débris de croûtes jaunâtres et sèches. Le dos est couvert en entier de larges plaques dont la forme et la disposition imitent celles des palmes d'un châle. Les plus grandes sont de la largeur des deux mains, les plus petites de celle d'une pièce de cinq francs. Leur fond est d'un rouge obscur; la peau, soulevée d'une demi-ligne à une ligne, est recouverte de deux espèces de productions : tantôt de larges squammes blanches ou jaunâtres, minces, sèches, et simulant celles du *Psoriasis* ou de l'*Eczema* du derme chevelu; d'autres fois, surtout à la circonférence et servant de bordure aux plaques, de croûtes coniques, pointues, de la grandeur d'une lentille et plus, d'une couleur brune, formées par la superposition de plusieurs couches, ce qui leur donne l'apparence d'une coquille de limaçon. Ces croûtes ont en moyenne une élévation d'une à trois lignes. Si on les enlève, on trouve au-dessous une ulcération superficielle de la peau, ou bien un tubercule rouge et tout-à-fait sec. Quelquefois les croûtes se réu-

nissent, et alors elles forment des groupes qui rappellent tout-à-fait ceux de l'*Impetigo*. Sur chaque bras, cinq, six plaques, quelques-unes de la grandeur de deux pièces de cinq francs, analogues à celles de l'épaule. D'autres, formées par un seul tubercule recouvert d'une squamme légère, rentrent dans les cas de syphilide tuberculeuse discrète. Au coude droit est une large plaque couverte de squammes très-blanches, très-légères, entourées de quelques croûtes blanchâtres elles-mêmes et superficielles, de manière à simuler le *Psoriasis* pour des yeux inattentifs. Partie antérieure du tronc : douze, quinze plaques analogues à celles du dos; membres inférieurs affectés comme les supérieurs, et, pour rendre l'analogie plus complète, il existait en dehors du genou droit un cercle de squammes blanches simulant à s'y méprendre le *Lepra vulgaris*. A la partie inférieure et interne de la jambe du même côté, qui est variqueuse, ulcère de la grandeur d'un franc, rond, taillé à pic, entouré de peau rouge et indurée; au-dessus est un groupe de pustules qui se sont aussi converties en ulcérations. Point de douleurs; démangeaisons très-supportables sur tous les points malades.

Du 20 novembre au 18 décembre, le malade reçut les trois-quarts d'aliments, et on lui administra deux, puis trois, puis quatre pilules de mie de pain par jour, pour satisfaire son imagination; la maladie ne présenta pas le moindre amendement.

Le 18 décembre, M. Biett ordonne deux pilules de cyanure basique de mercure, d'1/16e de grain chacune.

31 décembre. Le malade a déjà pris quarante pilules; point de coliques ni d'envies de vomir, deux selles par

jour, un peu en dévoiement; sur la poitrine, trois des croûtes ont acquis, par la superposition des couches, une grosseur énorme : elles font au-dessus de la peau une saillie de quatre lignes au moins; leur plus grand diamètre est de quatre à cinq lignes; elles ressemblent à s'y méprendre à certaines coquilles bivalves qui se rapprochent des huîtres. Les squammes du dos commencent à se détacher, et les pustules sont moins nombreuses.

1er mars. Le malade a pris deux cent six pilules en cinquante-sept jours; elles sont supprimées à partir du 18 février.

Depuis le 18 décembre jusqu'au 31, le malade n'en éprouva aucun effet. Mais, vers le milieu de janvier, après en avoir pris pendant deux semaines quatre par jour, les gencives se gonflèrent, la mastication des aliments résistants devint douloureuse, il s'établit un peu de salivation et une légère diarrhée; la diminution du nombre des pilules, qui furent réduites pendant une semaine à deux par jour, suffit pour faire disparaître ces accidents. La syphilide est dans l'état suivant : les squammes et les croûtes sont tombées à peu d'exceptions près, mais les places qu'elles occupaient sont dessinées par de larges taches d'un brun rougeâtre, qui reproduisent exactement leur forme; au milieu de ces taches, on observe une foule de petites dépressions semblables à celles que laisse la petite vérole, mais dont le fond est plus rosé; cette couleur, en se combinant avec la teinte grise des parties plus élevées, produit l'apparence cuivrée qui domine dans l'ensemble. Les taches des membres inférieurs sont plus violacées que celles des bras et du tronc. Aux points sur

lesquels existaient de grosses pustules, on observe des cicatrices allongées, rouges et saillantes.

En entrant à l'hôpital, le malade avait un léger écoulement blennorrhagique ; cet écoulement persista encore quelque temps, ainsi que les douleurs le long du tibia qui ont recommencé depuis quelques jours.

7 mars 1834. Quelques pustules recouvertes de croûtes brunes reparaissent au bras droit autour du coude, à la partie moyenne du bras gauche, et sur différents points isolés du dos.

Après plusieurs éruptions qui se succédaient à des intervalles variables et étaient suivies d'ulcérations, le malade fut mis à l'usage de l'extrait aqueux d'opium, sous l'influence duquel sa guérison s'acheva dans le courant de l'été de 1834.

SIXIÈME OBSERVATION.

Deux blennorrhagies. — Chancre. — Affections morales vives. — Syphilide tuberculo-ulcéreuse.

B..., âgé de quarante-sept ans, cheveux rouges, blancs en partie, grand, maigre, d'une constitution nerveso-sanguine. A vingt-trois ans, il eut une première blennorrhagie qui dura un mois, et fut guérie par le repos, la diète et les boissons émulsionnées. A trente-deux ans, seconde blennorrhagie qui fut gagnée avec une femme affectée d'écoulement. Elle dura deux mois et demi, fut traitée par les bains, et quelques frictions mercurielles continuées sur le scrotum et aux alentours. L'épididyme s'engorgea légèrement, la blennorrhagie se supprima d'elle-même,

puis cessa peu à peu sous l'emploi des injections ou des dérivatifs. En mars 1835, B... se livra à des travaux assidus, fit un voyage très-long, et fut en proie au plus violent chagrin qu'un père puisse éprouver. Il vit alors paraître à la jonction du prépuce et du gland une légère ulcération, qui s'étendit, devint profonde de deux à trois lignes, avec un diamètre de cinq à six; elle se compliqua d'un engorgement des glandes de l'aine du côté droit. Cette ulcération guérit au bout de six semaines par les émollients. Etait-elle spontanée ou le résultat d'une nouvelle infection? c'est un point que je n'ai jamais pu éclaircir parfaitement.

Au commencement de juin 1835, deux tubercules parurent au-dessus de la lèvre supérieure du côté gauche; bientôt il en vint d'autres dans les sourcils et sur le derme chevelu. Ces tubercules ne tardèrent pas à s'ulcérer, et le 15 juillet le malade était dans l'état suivant :

Une ulcération ayant un pouce de longueur sur un demi-pouce de large, entourée d'un cercle de peau enflammée, recouvert d'une croûte jaunâtre au bord, brune au milieu, occupait le sourcil gauche. Au-dessous de la narine du même côté, s'en trouvait une autre tout-à-fait circulaire, d'un demi-pouce de diamètre; ses bords étaient rouges et soulevés, et une croûte épaisse recouvrait les végétations fongueuses qui hérissaient le fond de l'ulcère. Au-dessus de la commissure gauche de la lèvre, était une troisième ulcération plus petite que les deux autres; sur le menton, sur la joue, au cou, on voyait épars çà et là des tubercules cuivrés de la grosseur d'un pois, dont quelques-uns avaient suppuré à leur sommet. Pendant cinq jours j'administrai au malade huit grains d'extrait aqueux

d'opium, puis je commençai l'usage du proto-iodure de mercure le 1er août. Vers le 11 du même mois, toutes les croûtes étaient tombées, les papules du cou et de la joue avaient pâli. Le 15 août, après avoir pris 25 grains de proto-iodure, tous les ulcères étaient cicatrisés ; seulement une surface rouge, à épiderme très-fin, dessinait les parties qui avaient été ulcérées. Ce malade est un de ceux où j'ai pu admirer la rapidité avec laquelle le proto-iodure de mercure agit dans certains cas de syphilides.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Chancres à deux reprises. — Point de traitement mercuriel.— Céphalalgies atroces.— Syphilide tuberculo-ulcérante.

Jer...., âgé de vingt-quatre ans, commis, né à Paris, entré à l'hôpital le 8 janvier 1833.

Parents sains, grand, maigre, d'une constitution faible, quoiqu'il ne fût jamais malade ; intelligence ordinaire. A dix-huit ans il prit une blennorrhagie avec une fille publique. Cette blennorrhagie dura en tout trois mois, parce que le malade étant en voyage ne put s'astreindre à aucun régime. Au mois d'avril 1832, il contracta deux chancres avec une fille. Ces deux ulcérations, placées sur la couronne du gland, guérirent sans traitement au bout de 15 jours. Ils étaient de la grandeur d'une pièce de 5 sous, et probablement très-superficiels, car ils n'ont point laissé de traces. La syphilide actuelle remonte au mois de juin 1832 (à cette époque le malade avait vingt-trois ans et demi) : elle commença par de petits tubercules à la partie antérieure et inférieure de la jambe droite. L'apparition de ces tubercules ne fut précédée d'aucune dou-

leur ni d'aucun dérangement de la santé générale.

Maintenant (mars 1833) on voit à la partie antérieure et inférieure du tibia une surface ovalaire, de deux pouces et demi de diamètre en longueur, couverte d'une croûte jaunâtre et brunâtre reposant sur un fond d'une couleur cuivrée; au-dessous est une plaque de la grandeur d'une pièce de vingt sous, et d'une apparence analogue; ces croûtes recouvrent des excroissances d'une nature fongueuse, cautérisées il y a quatre jours. A la partie externe et supérieure de la jambe gauche est une ulcération arrondie à fond rouge, à bords non relevés, saignante et couverte sur quelques points de croûtes jaunâtres, légères et superficielles. On observe encore, à la partie externe et inférieure de la cuisse gauche, une ulcération arrondie, de la grandeur d'une pièce de 5 sous, circulaire, à bords un peu relevés, à fond couvert d'une croûte brune, et entourée d'une auréole d'un rouge obscur, sur laquelle l'épiderme est détaché. Cette ulcération a commencé il y a quinze jours par un petit tubercule dont l'analogue existe à la partie externe de l'autre cuisse. Ce tubercule est arrondi, circulaire, légèrement convexe, d'une couleur rosée et recouvert d'une squamme. A la partie postérieure et inférieure des deux cuisses, sont deux taches brunes, foncées, elliptiques, légèrement plissées. Au mois de septembre 1832, la maladie commença aussi au front par un tubercule dur, rouge, qui se couvrit de croûtes, et fut bientôt accompagné de plusieurs autres.

Actuellement, la racine du nez et la moitié interne des sourcils sont parsemées de croûtes d'un brun jaunâtre, variant en grandeur depuis une lentille jusqu'à une pièce de vingt sous; elles sont arrondies et entourées souvent

d'un liseré blanc; en les pressant, on en fait suinter du pus. Ces croûtes reposent sur une surface d'un rouge brunâtre, légèrement élevée au-dessus de la peau. A la racine du nez, se trouve un petit tubercule lenticulaire et rosé; et à côté une cicatrice arrondie, brune à la circonférence, blanche au centre. La paupière supérieure de l'œil gauche est tuméfiée, rouge, et présente à son tiers externe une petite collection purulente. A la tempe gauche, ulcération de la grandeur d'une lentille, ronde, à fond jaune, et entourée d'un cercle rouge. Les deux conjonctions sont un peu injectées. Quinze jours avant que l'éruption parût, le malade éprouvait des douleurs de tête au front tellement vives, que le matin il ne pouvait pas se peigner, et que dans la journée il était obligé de se jeter quelquefois sur son lit, ou de s'arrêter en montant un escalier. Ces douleurs persistèrent quatre mois après l'éruption des tubercules; elles n'étaient pas accompagnées de soif ni de fièvre. A l'apparition des tubercules aux jambes, il fit quelques traitements incomplets conseillés par des charlatans et des apothicaires. Le sirop de Cuisinier et la décoction de gayac figurent parmi les médicaments employés. Depuis son entrée, bains de vapeur — fumigations cinabrées—dix bains alcalins—mauve émulsionnée.

17 avril. Les bains ont fait tomber les croûtes, ce qui causa une vive douleur au malade du 1er au 15 avril. Le malade fut tourmenté par une céphalalgie très-intense, accompagnée de fréquence de pouls, de rougeur de la face. Une saignée de trois palettes fit cesser ces accidents.

Depuis le 10, il prend une pilule de proto-iodure de mercure tous les jours; le tubercule de la cuisse droite

s'est transformé en un ulcère de la grandeur d'une pièce de 5 sous, rond, taillé à pic, à bords rouges, mais non relevés; celui de la cuisse droite est de la grandeur d'une pièce de 30 sous, à bords relevés, dur, rouge, fond inégal, rosé. La plus inférieure des deux plaques de la jambe droite s'est aussi convertie en un ulcère tout-à-fait semblable à celui de la cuisse.

16 mai. Le malade a pris 66 pilules en 34 jours; elles n'ont été interrompues que pendant deux jours. Les ulcères pansés avec du cérat simple sont cicatrisés, et ont laissé, les uns, des taches d'un roux foncé, un peu dures au toucher; les autres, des cicatrices rouges, cuivrées, déprimées, avec de petites brides transversales. Le malade sort guéri le 1er juin 1833.

HUITIÈME OBSERVATION.

Chancres.—Chancres et blennorrhagie.—Traitement mercuriel.—Fracture de la jambe. — Syphilide tuberculo-ulcérante.

Magné, serrurier, âgé de vingt-huit ans, est né de parents sains; sa constitution est bonne, ses membres osseux, ses yeux bleus, ses cheveux châtains; sa peau est fine et couverte de taches de *Lentigo*; jamais il n'a eu de maladie grave. En janvier 1831, il contracte avec une fille publique un chancre, qui parut trois à quatre jours après le coït. Ce chancre est situé à la face interne de la partie supérieure du prépuce, à cinq lignes de l'extrémité de ce repli, où il a laissé une cicatrice blanche, arrondie, déprimée, à épiderme fin, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Le malade ne vit point de médecin, et se

borna à panser son chancre avec du cérat et de la charpie. Au bout d'un mois, l'ulcération avait atteint la grandeur d'un liard et la profondeur d'une ligne. Alors il le cautérisa avec un mélange d'eau et d'acide sulfurique, et il guérit après une durée totale de six semaines.

Le 12 juin 1831, il contracta à la fois un écoulement et un chancre siégeant sur la couronne du gland, qui a laissé une cicatrice blanchâtre de la grandeur d'une lentille. L'écoulement dura dix-huit mois, le chancre six semaines. Ces affections furent traitées, l'une par la potion blanche, l'autre par une potion contenant du sublimé qu'il prit pendant 60 jours à l'hôpital militaire de Thionville. Depuis, sa santé a été parfaite jusqu'au 15 mars 1834; à cette époque il se fractura les deux os de la jambe gauche. L'appareil était placé depuis vingt-cinq jours, lorsque la jambe s'excoria. Le cinquante-huitième jour, l'appareil fut levé, et les excoriations guérirent 15 jours après. Ce long traitement avait affaibli les forces du malade, son rétablissement fut incomplet. En avril 1835, il eut de vives contrariétés, et en même temps il vit paraître au-devant de la poitrine, en dedans du mamelon gauche, un tubercule dur, saillant, qui s'ulcéra et se couvrit d'une croûte épaisse. Cette ulcération continua à s'étendre, et en juillet 1835 elle était dans l'état suivant : sur la partie antérieure gauche de la poitrine, on observe, en dedans du mamelon, un cercle d'un pouce de diamètre, rougeâtre, à épiderme fin, dont la circonférence est formée par une ulcération recouverte de croûtes brunes. En dehors du mamelon, sur le grand pectoral, est un ellipse dont le grand axe a quatre pouces, le petit trois seulement; il est aussi circonscrit par

une série d'ulcérations formant une espèce de chapelet. Chacune, prise isolément, a une forme circulaire, et est déprimée au centre. A ces caractères, il était impossible de méconnaître une syphilide. Un traitement fut commencé, mais, n'étant plus à l'hôpital, j'ignore quel en fut le succès.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Syphilide ulcéreuse survenue 42 ans après une blennorrhagie simple à la suite d'un accident.

Le nommé Vaprot, vigneron, âgé de soixante-deux ans, né à Achères, département du Loiret, d'une forte constitution, s'engagea de bonne heure sous les drapeaux de la République. Etant à Rome, en 1798, âgé alors de vingt-cinq ans, sous les ordres du général Berthier, il eut un écoulement qui fut coupé au bout de cinq jours par une potion. Il repartit aussitôt pour Naples sans éprouver la plus légère incommodité. Dans l'année suivante, il eut pendant six mois une fièvre intermittente, qui fut suivie de plusieurs éruptions de furoncles qui guérissaient au bout de quatre à cinq jours, et occupaient surtout les fesses. En 1800 et 1801, il eut plusieurs fois la gale, qui guérit sans traitement. Jamais le malade n'a eu d'autre écoulement, ni chancres, ni bubons. L'aine ni le gland ne présentent aucune cicatrice. Vers 1810, il se maria et eut trois enfants bien portants. La santé était toujours parfaite; néanmoins, dans l'été de 1813, il eut un abcès à la racine du nez, qui s'ouvrit, laissa échapper une certaine quantité de pus, puis se cicatrisa au bout de quinze jours. En 1829, pendant qu'il coupait les seigles, une

pointe de fer pénétra parallèlement au-dessous de la peau des deux tiers inférieurs de la jambe. Au bout de vingt jours, cette plaie était guérie, quoique le malade l'eût pansée pendant tout le temps avec de l'eau-de-vie de lavande. Vaprot était resté douze jours au lit. Après sa guérison, il se sentit faible, abattu; il était encore dans cet état en septembre 1829, lorsqu'il vit paraître à la partie inférieure du sternum une tumeur de la grosseur d'un œuf de perdrix, dure, insensible au toucher, sans changement de couleur à la peau. Autour de cette tumeur, il s'en développa d'autres qui donnèrent lieu à des ulcérations circulaires; celles-ci se sont réunies, et ont envahi un espace elliptique qui s'étend du sternum au mamelon gauche; de semblables ulcérations se formèrent sur le coude-pied gauche. Dans l'été de 1834, un tubercule parut dans le sourcil droit; d'autres le suivirent, s'ulcérèrent, et toute la moitié antérieure du derme chevelu finit par former une vaste plaie. Après avoir vu tous les charlatans de son département, le malade vint chercher, le 1er juin 1835, sa guérison dans le service de M. Biett, à l'hôpital Saint-Louis, et en sortit fin d'octobre complètement rétabli par l'emploi du proto-iodure de mercure.

DIXIÈME OBSERVATION.

Constitution scrofuleuse. — Blennorrhagie. — Chancre. — Traitement mercuriel. — Eaux de Plombières. — Syphilide ulcérante. — Carie. — Mort.

R....., âgé de vingt-cinq ans, employé, est né d'un père sain, mais sa mère mourut phthisique à l'âge de trente-neuf ans, quatre ans après sa naissance; ses frères sont

bien portants, un seul a eu dans son enfance des glandes sous le cou, et par suite des abcès et des fistules dans cette région. R.... porte tous les stigmates de la constitution scrofuleuse : ses cheveux sont d'un blond clair, sa peau blanche, ses chairs molles, ses membres arrondis, sa face bouffie; il a toujours été faible et délicat; dans son enfance la dentition fut difficile, et à l'âge de seize ans il fut gravement malade pendant deux mois. Il eut d'abord des hémorrhagies nasales, puis de la fièvre, et une constipation opiniâtre. On lui mit de la glace sur la tête. La convalescence qui suivit cette maladie dura un an, pendant lequel R... grandit de huit pouces. Depuis, sa santé, sans être parfaite, a été assez bonne.

Au mois d'avril 1832, âgé de vingt-deux ans, il prit une blennorrhagie avec une femme de chambre. L'écoulement parut huit jours après le dernier coït. Le malade se mit à l'usage des tisanes rafraîchissantes. Au bout d'un mois, il ne souffrait plus, mais l'écoulement continuait toujours. Il fut coupé en dix jours, au commencement de juillet, avec des bols de copahu. Le 18 juillet, R.... fit un voyage de 120 lieues; la gonorrhée reparut, et fut de nouveau coupée en deux jours. Vers le commencement de septembre, il fut affecté de paraphimosis. M. Lagneau, qu'il consulta, découvrit, sur le côté droit du frein, un petit chancre de la grandeur d'une lentille, qui était caché par une accumulation considérable de matière sébacée. Il prescrivit un traitement par les pilules de sublimé. Vers la fin de décembre, le malade avait achevé son traitement, et sa santé était rétablie. Vers la fin de janvier 1833, il fut pris d'anorexie, de constipation, de brisement général dans tous les membres. En février, tous ces symptômes s'ac-

crurent et se compliquèrent de fièvre et d'un point de côté, qui nécessita une application de cinquante sangsues. Cet état dura, avec des alternatives de mieux, jusqu'à la fin d'avril. A cette époque, R.... partit pour les Vosges, où il se mit à un régime végétal, et à l'usage du lait de chèvre. Il eut alors des sueurs abondantes et très-fétides. Au mois de juin, il prit trente bains à Plombières. Pendant ce traitement, le cuir chevelu se couvrit de pustules suivies de croûtes, qui recouvraient des ulcérations peu profondes, mais souvent fort étendues, dont les cicatrices sont caractéristiques. En deux mois cette syphilide guérit sans traitement, et le malade se trouvait si bien qu'il fit, pendant le mois d'octobre, un voyage pédestre dans les Vosges. Mais sa joie fut courte ; car, en janvier 1834, des tubercules parurent sur les parties latérales du front, des ulcérations s'ensuivirent et s'agrandirent toujours sous l'influence d'un traitement dépuratif ridicule. Au mois de novembre, l'os malaire gauche se tuméfia d'abord, donna lieu à un abcès, et se caria. Un autre abcès s'ouvrit au-dessus de l'arcade sourcilière du même côté ; mais il se cicatrisa définitivement à la fin de décembre. A cette époque, des périostoses et des exostoses se développèrent aux métacarpes, aux carpes, aux métatarses, à l'extrémité inférieure des tibia, au condyle externe de l'humérus. A cet état, se joignit de la diarrhée, du manque d'appétit, et, malgré les soins les plus assidus et les plus éclairés, le malade succomba vers la fin de 1836.

AUTEURS PRINCIPAUX CITÉS DANS CE MÉMOIRE.

ALBERS (J.-F.-H.). Ueber die Erkenntniss und Kur der syphilitischen Hautkrankheiten. In-8°, Bonn, 1832.

APHRODISIACUS, Sive de lue venerea, in duos tomos bipartitus, continens quæcunque hactenus de hâc sunt ab omnibus conscripta, ab excellentissimo Aloysio Luisino Utinensi, medico celeberrimo, novissimè collectum. 2 vol. in-folio. Lugduni Batavorum, 1728.

ASTRUC. De morbis venereis libri sex. In-4°, 1738.

BALFOUR. Dissertatio de gonorrheâ. Edimbourg, 1767.

BELL (Benjamin). A treatise on gonorrhea virulenta and lues venerea. London, 1793.

BERENDS. Handbuch der practischen Arzneywissenschaft bearbeitet von Sundelin. Wien, 1830.

BONORDEN. Die Syphilis pathologisch diagnostisch und therapeutisch dargestellt. In-8°, Berlin, 1834.

BOYER (Philippe). Traité pratique de la syphilis. In-8°, Paris, 1836.

CARMICHAEL (Richard). An essay on venereal diseases. In-8°, 2e éd., London, 1825.

CAZENAVE et SCHEDEL. Abrégé pratique des maladies de la peau, d'après les leçons cliniques de M. le docteur Biett. In-8°, 2e éd., 1833.

COCKBURN (William). The symptomes nature cause and cure of gonorrhoea. London, 1715.

CULLERIER (Auguste). Propositions sur les maladies syphilitiques. Thèse 4, n° 83, 1832.

DESRUELLES. Premier mémoire sur le traitement sans mer-

cure employé au Val-de-Grâce. (Mémoires de médecine et de chirurgie militaires, t. XXV.)

DESRUELLES. Second mémoire sur les résultats comparatifs obtenus par les divers modes de traitement mercuriel et sans mercure, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. (Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, t. XXVII.)

DEVERGIE (M.-N.). Clinique de la maladie syphilitique. 2 vol. in-4° avec atlas. Paris, 1826.

DUBLED. Recherches physiologico-pathologiques sur la nature de la maladie vénérienne. (Annales de la médecine physiologique. Octobre 1823.)

EISENMANN. Der Tripper in allen seinen formen und in allen seinen Folgen. 2 vol. in-8°. Erlangen, 1830.

EVANS. Pathological and practical remarks on ulcerations of genital organs. In-8°, London, 1819.

FABRE. Traité des maladies vénériennes. In-8°, 4° édit., 1782.

FRETEAU. Considérations pratiques sur le traitement de la gonorrhée virulente, et sur celui de la vérole. In-8°, Nantes, 1813.

GALLUS (Antonius), Vulgò Lecocq, de ligno sancto non permiscendo opus. 1540.

GIBERT. Manuel des maladies spéciales de la peau. In-18, Paris, 1834.

GIBERT. Manuel des maladies vénériennes. In-18, Paris, 1836.

GIRTANNER. Abhandlung über die venerische Kranckheit. 3 vol. in-8°. Goettingen, 1797.

HANDSCHUH. Die syphilitischen Kranckheit's Formen und ihre Heilung. In-8°, München, 1831.

HENNEN. Principles of military surgery comprising observations on syphilis. In-8°, London, 1829.

HERNANDEZ. Essai analytique sur la non-identité des virus gonorrhéique et syphilitique. Toulon, 1811.

HUMBERT. Manuel pratique des maladies de la peau appelées syphilides, d'après les leçons cliniques de M. Biett. In-18, Paris, 1833.

HUNTER (Jean). Traité des maladies vénériennes traduit par Audiberti. In-8°, Paris, 1787.

LAGNEAU. Exposé des symptômes de la maladie vénérienne. 5e éd., in-8°, Paris, 1818.

MASSA (Nicolaus), Venetus, de morbo gallico, liber ad Carolum Borromœum cardinalem amplissimum. 1536 (Aphrodisiacus, p. 66).

NISBETH (William). Essai sur la théorie et la pratique des maladies vénériennes, traduit par Petit-Radel. In-8°, 1788.

PAILLOUX. Propositions sur la syphilis, thèse in-4°, n° 14, 1832.

PETIT. Propositions sur la syphilis, thèse in-4°, 1829.

RAYER. Traité théorique et pratique des maladies de la peau. 3 vol. in-8°, 2e éd., Paris, 1835.

RICHOND DES BRUS. De la non-existence du virus vénérien. 2 vol. in-8°, 1826.

RUFZ. Résultats cliniques d'observations recueillies à l'hôpital des vénériens de Paris pendant l'année 1830.

SWEDIAUR. Traité complet sur les symptômes, les effets, la nature et le traitement des maladies syphilitiques. 7e éd., 2 vol. in 8°, 1817.

TODE. Erleichterte Kenntniss und Heilung des Trippers. 1780.

VIGAROUX. Observations et remarques sur la complication des symptômes vénériens avec d'autres virus.
VAN-SWIETEN. De lue venereâ (1).

---

(1) Nous avons lu d'un bout à l'autre le mémoire de M. Martins, avec une attention soutenue, et avec cette satisfaction d'esprit qu'on éprouve en suivant les développements d'un travail bien conçu et judicieusement exécuté. Méthode rigoureuse d'observation, déductions franches et logiques, érudition large et de bon aloi : sous tous ces rapports le travail de M. Martins ne laisse rien à désirer. Si l'on y remarque un certain luxe de chiffres, on peut néanmoins le citer encore comme exemple d'une bonne et légitime application de cette méthode statistique dont on a tant abusé dans ces derniers temps ; car nous conviendrons volontiers, avec les honorables commissaires de l'Académie de médecine, que le secours des chiffres peut être utile lorsqu'il s'agit *de résoudre des questions de temps, de fréquence, de déterminer les rapports qui existent entre des phénomènes successifs, etc.*, pourvu, toutefois, qu'on opère sur des faits simples et bien déterminés, condition indipensable, et qui, pour le dire en passant, ne saurait être remplie lorsqu'on veut appliquer les chiffres à la symptomatologie et à la thérapeutique des fièvres, par exemple. Mais revenons au mémoire de M. Martins, qui fixe et résume d'une manière exacte l'état actuel de la science sur quelques points très-importants de la doctrine des maladies syphilitiques. C'est précisément sur cet état de la science que nous croyons devoir faire ici quelques réflexions pratiques.

Et d'abord, nous remarquons avec plaisir la tendance de plus en plus prononcée à secouer le joug de ces théories étroites et mesquines, qui, sous le titre pompeux de *Doctrine physiologique*, avaient faussé d'une manière si déplorable l'esprit d'observation. Comme les virus n'avaient pu trouver place dans ces théories, il n'en était plus question, et les symptômes consécutifs de la syphilis n'étaient plus que des *irritations* locales, dont les rapports avec les symptômes primitifs de la maladie étaient passés sous silence, ou complètement dénaturés. Aujourd'hui le virus syphilitique est réhabilité, et les symptômes consécutifs de la maladie, sous le nom de *syphili-*

des, sont appréciés dans leurs rapports avec les symptômes primitifs de l'infection vénérienne. Ce retour à une observation impartiale et sincère doit être signalé comme un véritable progrès. Les résultats de la statistique moderne sont d'ailleurs tout-à-fait d'accord avec ceux de la vieille expérience, quant à la gravité relative des divers symptômes primitifs, par rapport aux chances plus ou moins probables, plus ou moins prochaines d'apparitions de symptômes vénériens consécutifs. Ainsi, tous les médecins praticiens qui ne sacrifiaient pas à l'esprit de système, avaient de tout temps reconnu que la blennorrhagie seule, et sans autre symptôme d'infection, donne lieu *quelquefois*, mais rarement, à des symptômes vénériens consécutifs; que les chancres au contraire, surtout lorsqu'ils sont accompagnés de bubons, donnent lieu bien plus souvent et bien plus promptement que tous les autres symptômes, au développement de pustules ou autres syphilides, etc.

Mais la grande question que la statistique semble avoir décidée, et que nous ne regardons pas cependant comme jugée en dernier ressort, c'est la question du traitement spécifique et prophylactique par le mercure. D'après M. Martins et plusieurs autres auteurs modernes, l'influence du traitement des symptômes primitifs paraît être *nulle sur la production et la nature des affections cutanées consécutives*. « Le mercure, dit M. Martins, n'est pas doué d'une »vertu prophylactique assez énergique pour prévenir pendant toute »la vie des récidives de la syphilis; son action est actuelle, comme »celle des autres médicaments, comme celle du sulfate de quinine »dans les affections intermittentes, du tartre stibié dans la pneu»monie. » La dernière partie de cette proposition nous semble impliquer quelque contradiction avec la première, et même avec la pensée mère du travail de M. Martins. 1° En prenant pour sujet de ce travail *les causes générales des syphilides*, l'auteur reconnaît implicitement qu'outre ces *causes générales* occasionnelles ou déterminantes, telles que la température atmosphérique, les fatigues, les peines morales vives, etc., il y a aussi une cause *spéciale* sans laquelle les syphilides n'existeraient point. Cette cause spéciale, sur laquelle il s'explique d'ailleurs en plusieurs endroits, et qu'il fait remonter avec raison aux symptômes primitifs d'infection, n'est autre assurément qu'un *virus*, un *vice*, ou, de quelque manière

qu'on la dénomme, une disposition particulière de l'organisme à produire des phénomènes pathologiques qui se manifestent dans diverses régions du corps et sous diverses formes, mais qui ont des caractères communs, et sont évidemment de même nature, puisqu'ils cèdent à la même médication. D'après tous ces faits, que M. Martins connaît bien, et sur lesquels il ne peut élever aucun doute, nous ne concevons pas qu'il ait pu apercevoir quelque analogie entre les symptômes consécutifs d'une infection syphilitique qui se manifestent au bout de vingt-cinq ou trente ans, et la récidive plus ou moins éloignée d'une fièvre intermittente ou d'une pneumonie. 2° En disant, dans la première partie de sa proposition, que le mercure n'est pas doué d'*une vertu prophylactique assez énergique* pour garantir pendant toute la vie des récidives de la syphilis, M. Martins reconnaît implicitement sa vertu prophylactique à un certain degré et pendant un certain temps. Comment peut-il ensuite affirmer que l'action du mercure n'est qu'*actuelle* comme celle des autres médicaments, du sulfate de quinine, par exemple, et que *son influence paraît nulle sur la production et la nature des affections cutanées secondaires*?

Ces contradictions échappées à un esprit aussi juste et aussi rigoureux suffiraient seules pour montrer que la science moderne et statistique n'est pas encore bien sûre de son fait dans cette grande question de médecine pratique. Nous n'ignorons pas qu'on voit *quelquefois* des symptômes consécutifs de syphilis se reproduire sur des sujets qui ont subi des traitements mercuriels plus ou moins prolongés, et peut-être même excessifs. Mais aussi, que de causes d'illusions et de mécomptes dans l'inconduite des malades, dans la négligence du régime et de tous les moyens auxiliaires du traitement, dans le manque de surveillance et de soins hygiéniques, surtout dans les hôpitaux militaires et autres établissements publics, où la statistique a puisé presque tous ses documents! Nous pouvons assurer que sur un nombre assez considérable de malades que nous avons traités en ville par les préparations mercurielles depuis plus de vingt-cinq ans, nous n'avons observé que très-rarement des récidives, et nous sommes persuadés que beaucoup de nos confères pourraient rendre le même témoignage.

Ajoutons que tous les résultats cités par M. Martins, *en faveur du traitement non mercuriel*, ont été recueillis dans des hôpitaux français ou étrangers, depuis 1822 jusqu'à 1829, c'est-à-dire dans un laps de temps où l'empire de la doctrine dite *physiologique* était encore à son apogée, où conséquemment tous les jeunes médecins, ceux des hôpitaux militaires surtout, ne savaient traiter que par les sangsues et l'eau de gomme, étaient imbus des plus fortes préventions contre les médications spécifiques, ne les essayaient que par manière d'acquit, et ne savaient pas même, en général, les employer d'une manière convenable, parce qu'ils ne l'avaient jamais appris.

Qu'on pèse bien toutes ces considérations, et qu'on nous dise ensuite s'il n'y a rien à rabattre des conclusions de la statistique.

En résumé, tout en rendant justice aux savantes et consciencieuses recherches de M. Martins, nous ne sommes pas encore disposés, pour notre part, à remplacer le mercure par la diète et l'eau chaude dans le traitement des maladies syphilitiques. Nous attendons un plus ample informé, et nous en appelons encore à l'expérience universelle, avant d'embrasser une doctrine désolante, d'après laquelle il nous faudrait déclarer à un adolescent qui viendrait nous consulter pour une blennorrhagie ou quelqu'autre symptôme primitif d'infection vénérienne, qu'il n'y a plus de remède spécifiquement préservatif; que lors même qu'il ne s'exposerait plus à aucun contact impur, l'art médical ne possède aucun moyen de lui garantir une guérison solide; et qu'enfin, il doit se vouer au célibat s'il ne veut pas courir la chance de voir reparaître sur son front, au bout de 15 ou 20 ans de ménage et d'une vie exemplaire, les stygmates d'une maladie honteuse, qu'il aurait peut-être déjà transmise à ses enfants. (*N. R.*)

MÉMOIRE

Sur l'ulcère simple chronique de l'estomac;

Par M. CRUVEILHIER,
Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris.

Confondu dans la pratique, tantôt avec la gastrite chronique, tantôt et plus souvent encore avec le cancer, l'*ulcère simple chronique de l'estomac* ne me paraît pas avoir fixé l'attention des observateurs comme maladie spéciale. Or, il résulte des faits consignés dans la xᵉ et dans la xxᵉ livraison de mon Anatomie pathologique, et de plusieurs autres faits observés depuis cette époque : 1° Qu'il existe un ulcère chronique de l'estomac essentiellement différent de l'ulcère cancéreux de l'estomac; 2° Que bien qu'il n'existe, à proprement parler, aucun signe pathognomonique qui puisse différencier au lit du malade l'ulcère chronique de l'estomac de certaines formes de gastrite et de l'ulcère cancéreux de cet organe, cependant cette maladie peut être en général soupçonnée, et même dans quelques cas, précisément diagnostiquée; 3° Qu'en opposition avec l'ulcère cancéreux qui suit toujours sa marche envahissante et destructive, nonobstant le régime le plus sévère, l'ulcère chronique tend à la cicatrisation, qui s'effectue sous l'influence de la soustraction de tous les irritants; 4° Que cette maladie est une des causes les plus fréquentes de l'hématémèse

et de la perforation de l'estomac ; 5° Que la gravité de la maladie survit en quelque sorte à la guérison ; car les cicatrices rétrécissent quelquefois directement les orifices, ou bien, elles déforment l'estomac et rendent difficile le passage des aliments de l'estomac dans le duodénum ; dans d'autres cas, elles deviennent le siége d'un travail d'érosion, qui a pour résultat soit la perforation de l'estomac, soit l'usure des troncs artériels qui marchent sous la cicatrice, et dans l'épaisseur de cette cicatrice. Je me propose de tracer ici l'histoire générale de cette maladie, et de l'appuyer par des faits.

I. Anatomiquement considéré, l'ulcère simple chronique de l'estomac consiste dans une perte de substance spontanée, ordinairement circulaire, à bords coupés à pic, à fond grisâtre et dense, et de dimensions variables. Presque toujours unique, l'ulcère occupe le plus habituellement, soit la petite courbure, soit la paroi postérieure de l'estomac. Quelquefois, il envahit le pylore, et alors il prend la forme d'une zône circulaire. Sa marche est lente et progressive ; il s'étend en surface, mais surtout il creuse en profondeur ; et si des adhérences salutaires ne s'y opposent, plus tôt ou plus tard l'estomac est perforé de part en part, et les matières contenues s'épanchent dans la cavité du péritoine.

II. L'ulcère simple de l'estomac présente les mêmes caractères que les ulcères cutanés produits par une cause interne générale ou par un vice local. Il y a d'abord érosion de la muqueuse, en vertu de ce travail morbide que Hunter a si ingénieusement nommé inflammation ulcéreuse ; l'érosion ou ulcération devient un ulcère, qui offre tous les attributs de l'ulcère syphilitique. Néanmoins,

il n'est nullement démontré que l'ulcère de l'estomac puisse reconnaître pour cause le virus vénérien, et en cela l'estomac ne déroge point à cette loi remarquable d'après laquelle les portions de muqueuse qui avoisinent les ouvertures naturelles sont très-habituellement envahies par le virus vénérien, tandis que les muqueuses profondément situées en sont exemptes.

III. L'ulcère simple de l'estomac ne présente qu'une similitude grossière avec l'ulcère cancéreux avec lequel cependant il a presque toujours été confondu. La base qui le supporte n'offre aucun des attributs ni du cancer dur, ni du cancer mou; on n'y trouve même pas cette hypertrophie circonscrite qui accompagne presque toujours le cancer, et que l'on a prise si souvent pour la dégénération cancéreuse elle-même. La meilleure preuve d'ailleurs que ces ulcères ne sont point cancéreux, c'est leur curabilité sous l'influence d'une thérapeutique très-simple, impuissante dans le cancer interne aussi bien que dans le cancer externe.

IV. L'histoire des causes de l'ulcère simple de l'estomac est enveloppée dans une obscurité profonde, ou plutôt, cette maladie reconnaît toutes les causes de la gastrite. Mais pourquoi un point, un seul point de l'estomac est-il profondément affecté, tous les autres points de l'organe se trouvant dans un état parfait d'intégrité? Voilà ce qui paraît bien difficile à expliquer.

V. Il n'est pas très rare de rencontrer l'ulcère simple de l'estomac sur le cadavre d'individus qui n'avaient accusé pendant leur vie aucun symptôme du côté de ce viscère; mais le plus souvent la souffrance de l'estomac se traduit à l'extérieur par une série de symp-

tômes plus ou moins graves. Les principaux sont les suivants : défaut absolu d'appétit ou appétit bizarre, tristesse insurmontable, digestion laborieuse, malaise ou douleur sourde à l'épigastre, et quelquefois douleur épigastrique extrêmement vive pendant le travail de la digestion, ou même en l'absence de tout aliment dans l'estomac. La douleur épigastrique, ou plutôt sous-xyphoidienne ou sous-sternale, se répète quelquefois dans le point correspondant de la colonne vertébrale, et j'ai vu plusieurs malades se plaindre davantage du point rachidien que du point épigastrique. L'amaigrissement plus ou moins rapide, la constipation, les nausées, les vomissements après l'ingestion des aliments, enfin l'hématémèse ou le vomissement noir, voilà l'ensemble des symptômes que présentent les individus affectés d'ulcères simples de l'estomac, et il est facile de voir qu'aucun de ces symptômes ne peut être érigé en signe pathognomonique. Parmi ces phénomènes morbides, les uns sont communs à l'ulcère simple et à la gastrite chronique, les autres à l'ulcère simple et au cancer. J'ai donné mes soins à une dame âgée de soixante-huit ans, qui depuis quatre à cinq mois était en proie aux accidents les plus graves, qu'on attribuait au cancer de l'estomac, et en effet, des vomissements semblables à du marc de café, une douleur épigastrique parfois extrêmement vive, l'horreur pour toute espèce d'aliments, l'estomac ne pouvant rien supporter, l'amaigrissement rapide, l'aspect jaunâtre de la face, tout portait à penser que nous avions affaire à cette maladie; tel était l'avis des divers praticiens qui avaient été consultés. Mon diagnostic fut celui-ci : « Cancer à l'estomac, si toutefois il n'y a pas ulcère simple. »

En conséquence, mon pronostic fut grave, mais moins désespéré que celui de mes confrères. J'ai eu la douce satisfaction de voir la malade se rétablir parfaitement, après six mois de soins assidus; et certes je suis bien éloigné de penser que les moyens très-simples que j'ai employés ont pu guérir un cancer du pylore. Je ne vois donc aucun moyen de différencier d'une manière positive l'ulcère de l'estomac. Cependant, bien qu'en général, dans l'ulcère, le malade ait le sentiment d'un ennemi toujours présent, il s'en faut bien qu'il soit dominé par la maladie, comme dans le cancer, et souvent il peut vaquer à toutes les occupations d'une profession pénible. L'absence d'une tumeur épigastrique, les circonstances commémoratives, et surtout les premiers effets du régime pourront encore mettre sur la voie.

VI. L'anatomie pathologique nous rend parfaitement compte de l'hématémèse ou du vomissement noir qui accompagne si souvent l'ulcère de l'estomac; si l'on examine, en effet, sous une couche d'eau, à l'œil nu, ou à l'aide d'une forte loupe, la surface de l'ulcère, on voit une foule d'orifices vasculaires, les uns oblitérés, les autres non oblitérés. On conçoit donc que lorsque l'érosion d'un vaisseau n'est pas accompagnée de son oblitération, il doit en résulter une hémorrhagie proportionnelle au calibre de ce vaisseau; de là, des hématémèses plus ou moins fréquentes; et comme, d'une part, le sang séjourne plus ou moins dans l'estomac, et que, d'une autre part, il est en contact avec l'acide du suc gastrique, il contracte cette couleur noire ou couleur de suie qui a été notée par tous les observateurs. Au reste, cette couleur est commune à tous les vomissements de sang qui ne

suivent pas immédiatement son extravasion dans la cavité de l'estomac. C'est ainsi qu'on l'observe dans le cancer aussi bien que dans l'hémorrhagie de la muqueuse gastrique par exhalation. Le vomissement noir de la fièvre jaune ne reconnaît pas un autre mécanisme.

VII. Lorsque l'ulcère rencontre, pour ainsi dire, sur son passage, un vaisseau d'un calibre considérable, il en résulte des vomissements aussi bien que des déjections sanglantes qui se renouvellent à des intervalles plus ou moins courts, et qui quelquefois entraînent la mort par hémorrhagie. Cette terminaison funeste me paraît plus fréquente dans l'ulcère que dans le cancer de l'estomac. Le tissu artériel, qui échappe par son peu de vitalité à tant de lésions organiques et souvent au cancer lui-même, ne peut échapper au travail ulcéreux. Il n'est pas rare de voir un ulcère simple de l'estomac parfaitement cicatrisé, excepté dans le point correspondant au vaisseau. Or, les solutions de continuité des vaisseaux ne pouvant guérir solidement que par oblitération, il peut arriver, si cette oblitération n'a pas lieu, que le caillot obturateur soit entraîné, et que l'hémorrhagie se renouvelle assez intense pour produire une mort plus ou moins immédiate.

VIII. Un diagnostic différentiel rigoureux de l'ulcère simple de l'estomac serait plus important pour le pronostic que pour la thérapeutique; car les bases du traitement sont, à peu de choses près, les mêmes que celles du traitement de la gastrite chronique et du cancer. Que ferions-nous si nous avions un pareil ulcère à traiter à l'extérieur? Nous condamnerions au repos la partie du corps qui en serait affectée. S'il occupait les extrémités

inférieures, nous prescririons le repos au lit ; nous nous contenterions de l'immobilité, s'il occupait les extrémités supérieures. Eh bien ! le repos pour l'estomac, c'est la diète ; et comme la diète ne saurait être absolue, il importe de trouver un aliment qui passe en quelque sorte inaperçu ; le secret du traitement dans cette maladie, comme d'ailleurs dans toutes les lésions de l'estomac, consiste donc dans un tâtonnement méthodique relatif à l'alimentation, dans l'absence de tout médicament proprement dit. J'ai plusieurs fois eu la pensée de classer mes malades d'après l'espèce d'aliment que supporte leur estomac. Ainsi, les uns supportent les aliments gélatineux solides, veau, poulet, poisson ; d'autres supportent les légumes herbacés ; d'autres les bouillons de veau ou de poulet ; d'autres enfin ne supportent que l'eau sucrée, l'eau gommée, l'eau de gruau, l'eau froide, l'eau à la glace, l'eau gazeuse. Enfin, dans un dernier degré, tout pèse, tout fatigue, même une cuillerée d'eau.

IX. Voici la conduite que j'ai coutume de tenir dans les cas de ce genre. Je commence par laisser reposer l'estomac pendant vingt-quatre heures ; l'abstinence doit être complète, et s'étendre même quelquefois sur les liquides aussi bien que sur les solides. S'il y a douleur à l'épigastre, une application de sangsues sera faite dans le premier jour, et suivie d'un bain de plusieurs jours. Le lendemain, je fais essayer la diète lactée ; le lait sera pris immédiatement après qu'il vient d'être trait, à la dose de quelques cuillérées, toutes les quatre heures ou à des intervalles plus considérables, si l'estomac ne demande pas. Quelquefois la diète lactée réussit comme par enchantement ; d'autres fois, le lait ne passe pas ; alors, il faut le

couper avec un peu d'eau de chaux, d'eau de gruau, ou l'édulcorer légèrement. Souvent du lait bouilli ou écrémé passe mieux que le lait naturel, le lait froid mieux que le laid chaud, le lait très-chaud mieux que le lait tiède. Il n'est pas rare de voir le lait fatiguer l'estomac ; hâtons-nous alors d'y renoncer pour y revenir plus tard. La diète gélatineuse ou féculente lui est souvent substituée avec avantage. Elle se compose de bouillons de veau, de poulet, de gelées, ou bien de fécules de maïs, de riz, d'avoine, d'orge, de pommes de terre cuites à l'eau, au lait ou au bouillon de poulet. Le point essentiel est de trouver un aliment que l'estomac puisse supporter, et l'instinct du malade nous dirige souvent beaucoup mieux que tous les préceptes. Combien de fois des infractions au régime prescrit par la médecine n'ont-elles pas été la source d'indications précieuses! Une de mes malades, affectée de vomissements noirs, ne pouvait plus rien supporter : je lui demandai par hasard si elle aimait les huîtres ; c'était son mets favori ; elle s'est nourrie avec l'eau d'huîtres pendant quinze jours. L'eau gazeuse simple a pu seule passer chez des malades dont l'estomac repoussait toute autre espèce d'aliment et de boisson. J'ai eu quelquefois à me louer de la magnésie calcinée, de la poudre d'yeux d'écrevisses donnée dans une cuillerée d'eau ou de lait. Rarement l'opium a-t-il été utile, même dans le cas de vive douleur. Le sucre doit être en général proscrit; cependant, je me suis bien trouvé de faire promener dans la bouche du sucre cristallisé, avant et après le repas, pour augmenter la sécrétion de la salive. La température des aliments est tout aussi importante à surveiller que leur qualité et leur quantité. La température

très-chaude ou très-froide m'a paru convenir beaucoup mieux que la température tiède. Des bains gélatineux tempérés de deux, trois ou quatre heures, sont un auxiliaire très-puissant. J'ai observé qu'un bain de trois ou quatre heures produit des effets bien plus avantageux que trois ou quatre bains d'une heure. Une remarque très-importante dans toutes les affections chroniques, c'est de ne pas trop prolonger la diète adoucissante, et de se relâcher du régime sévère prescrit dans les premiers temps. Il arrive même une époque où les stimulants, tels que le gibier, réussissent beaucoup mieux que les viandes blanches et les légumes herbacés. Je ne connais rien de plus difficile à diriger que le traitement de ce genre de maladie. C'est dans les détails de l'application que la sagacité du praticien brille de tout son éclat : qualité des aliments, quantité de ces mêmes aliments, température, nombre des repas, exercices, heure de l'exercice, excrétions des matières fécales, tout doit être surveillé avec la plus minutieuse exactitude. C'est à l'aide de ces petits soins de garde-malade, sans addition de remède, que nous parviendrons à des résultats qui dépasseront souvent nos espérances. Aussi ne doit-on jamais prononcer sur l'existence d'un cancer à l'estomac, à moins de signes physiques bien positifs, sans avoir éprouvé les bons effets du régime pendant un mois ou deux. Les observations suivantes confirmeront les généralités dans lesquelles je viens d'entrer, et fourniront les exemples : 1° de perforation de l'estomac, suite d'ulcère simple; 2° d'hémorrhagie mortelle, suite d'ulcère des vaisseaux; 3° de cicatrice d'ulcère de l'estomac.

(*La suite au prochain cahier.*)

DE

LA CURE RADICALE DES HERNIES;

PAR M. LE DOCTEUR BELMAS,

Ancien chef des travaux anatomiques de la faculté de médecine de Strasbourg (1).

La cure radicale des hernies est peut-être de tous les points de chirurgie celui qui a le plus exercé l'esprit inventif des praticiens; et les nombreuses tentatives auxquelles ils se livrent encore aujourd'hui prouvent que, malgré leurs efforts, l'art est encore loin de la perfection.

Si nous nous décidons à tracer le tableau des moyens chirurgicaux proposés à différentes époques, ce n'est nullement pour faire prévaloir notre opinion; nous voulons seulement rassembler les pièces du procès, afin que l'on puisse mieux suivre les débats qui ne doivent pas tarder à s'engager entre les chirurgiens dont les recherches tendent, dans le même moment, vers le même but.

Les anciens, pour obtenir une cicatrice solide au niveau des ouvertures herniaires, eurent recours à la cautérisation. Parmi eux, les uns se bornèrent à appliquer le fer rouge sur les téguments; d'autres, plus entreprenants,

---

(1) Nous avons eu déjà plus d'une occasion de parler, dans la *Revue*, des procédés ingénieux tentés par M. le docteur Belmas pour parvenir à la cure radicale des hernies. L'auteur ayant bien voulu nous communiquer le résumé de ses travaux sur ce sujet important, nous nous empressons de le mettre sous les yeux de nos lecteurs.

(N. R.)

portèrent son action sur le sac herniaire ; d'autres enfin, ne craignirent pas de brûler les os eux-mêmes pour en provoquer l'exfoliation.

Des praticiens, justement effrayés des dangers d'une telle médication, donnèrent la préférence aux caustiques, et, sans s'arrêter devant leurs inconvénients, ils crurent, à différentes époques, en assurer les effets en variant leur composition. Peut-être verrions-nous aujourd'hui paraître de nouvelles formules, si l'ancienne académie de chirurgie, par l'organe de Bordenave, ne s'était élevée contre l'emploi de ce moyen.

Les ligatures portées sur le col des sacs herniaires, dans le but de s'opposer au retour des hernies, eurent de nombreux partisans; mais tous sont loin d'avoir été d'accord sur leur mode d'application. Les uns adoptèrent les ligatures médiates, les autres donnèrent la préférence aux ligatures immédiates.

La manière d'opérer les premières n'a pas toujours été la même. Dans les hernies inguinales, lorsque le cordon était compris dans l'anse du fil, si la constriction se trouvait portée au point de provoquer la chute du testicule, les malades étaient exposés aux tristes effets de la castration ; si on se bornait, par des liens de différente nature, à froncer simplement le sac, sans étreindre les vaisseaux spermatiques, on pratiquait le point doré. Cette méthode, déjà indiquée par Oribase, décrite par Ambroise Paré et Geiger, a souvent eu des conséquences fâcheuses, dont Pigray et Reneaume se sont faits les historiens.

Les ligatures médiates qui embrassaient les téguments et le sac devaient avoir peu d'efficacité, puisque même,

appliquées par les mains habiles de Desault, leur insuffisance a été démontrée.

Ceux qui ont préconisé les ligatures immédiatement portées sur la poche séreuse, n'ont guère été plus heureux dans l'emploi de ce moyen. Le passage suivant, tiré d'une observation publiée par Frédéric Meckel, prouve combien on peut rencontrer de difficultés pour isoler le sac des parties voisines.

« Le célèbre Zimmerman, après avoir éprouvé pendant quatre heures une violente colique, sentit qu'une portion d'intestin s'était engagée dans les bourses. Cette hernie rentra facilement; mais, n'étant pas contenue, elle reparut, et une foule d'accidents venant la compliquer, Schmucker se décida à faire l'opération. Elle dura plus d'une heure. Le chirurgien se fatigua tellement, qu'un autre opérateur dut le remplacer. Quand l'opération fut terminée, l'état du malade donna de grandes inquiétudes. « Pulsus debilis erat, vires animi et corporis prostratæ, » dolor, colicus vehementissimi cum dispositione ad vomi- » tum continuabant; nausea hinc, doloribus confectus » æger, insigni laborabat, omnemque potum aversaba- » tur, præsagia mortis potius quam vitæ sibi fingens. » Cependant, par l'usage des antispasmodiques, on obtint un peu de calme; mais les accidents reparurent, et cette opération, pratiquée le 23 juin, eut des suites graves. Ce ne fut que le 16 septembre que Zimmerman, hors de danger, put adresser ses félicitations à son chirurgien. Il est probable que, si de nos jours un opérateur faisait une semblable tentative, loin d'avoir à espérer des éloges, il ne devrait s'attendre qu'au blâme que méritent toujours les opérations hasardées.

Chercher à oblitérer les sacs herniaires par différentes espèces de suture est une de ces idées empiriques qui dans tous les temps a dû se présenter à l'esprit des chirurgiens : aussi trouve-t-on déjà dans Celse l'indication de ce moyen. A en croire Fabrice d'Aquapendente, une des sutures employées aurait été décorée du titre de royale, comme devant conserver des sujets utiles aux rois. Tout ce qu'il y a d'exagéré dans une telle prétention va être démontré par le passage suivant, tiré d'une histoire de l'empire ottoman. L'auteur, en parlant de ceux qui pratiquaient la suture, dit : « Ils l'entreprennent sur toutes sortes de gens ; durant mon séjour à Constantinople, j'en fis l'épreuve sur mon secrétaire. Ils le lièrent sur une forte planche, ils ouvrirent le sac, réduisirent les parties sorties, puis firent une suture en enlevant avec un rasoir toute la portion du péritoine qui se trouvait au-devant d'elle. Après quoi ils couvrirent la plaie avec de la graisse de porc, y mirent le feu avec un fer rouge, et arrosèrent ensuite les parties avec des blancs d'œufs. Le patient ne donnait plus aucun signe de vie, et, quand il revint à lui, ce fut pour se plaindre de violentes douleurs dans le ventre, etc. »

Il est facile de croire que ce n'est pas en adoptant une telle manière d'opérer que Gunzius en Allemagne, Sharp en Angleterre, ont parlé en faveur de la suture royale ; mais, s'ils sont parvenus à la rendre moins cruelle, ils n'ont pas réussi à en assurer les effets, et des observations de récidives ont été publiées par Hevermann.

En supposant que l'expérience n'eût pas prononcé contre les sutures employées pour guérir radicalement les hernies, le raisonnement seul les ferait rejeter. En effet,

on obtient bien quelquefois des adhérences en pratiquant la suture d'un intestin; mais ici les fils sont placés dans le péritoine, et, par leur présence entre deux feuillets séreux, ils peuvent provoquer un travail adhésif, tandis que, pour une hernie, ces fils se trouvant étendus à l'extérieur du sac, si l'inflammation est modérée, les adhérences se borneront au niveau des points traversés. Dans ces cas, comment supposer qu'elles résisteront à l'effort des intestins, qui tendront à s'engager dans le sac en avant ou en arrière des points de suture. Si, au contraire, comme cela arrive souvent, l'inflammation est vive, ne doit-on pas redouter qu'elle s'étende au péritoine ?

Dans l'intention d'épargner aux malades les douleurs des incisions qui, dans les anciens procédés, précédaient l'application des fils, M. Bonnet (de Lyon), M. Mayor (de Lausanne), ont proposé de nouveaux modes de sutures.

Le premier de ces chirurgiens, en traversant à différentes distances les téguments et le sac avec des épingles qu'il laisse à demeure, maintient les feuillets séreux en contact, d'une manière assez analogue à celle par laquelle on affronte les lèvres de la plaie après l'opération du bec de lièvre.

Le second, en passant à travers les mêmes parties des fils doubles, dont les extrémités sont liées sur de petits cylindres de gomme élastique, ne fait autre chose qu'une suture enchevillée.

Les premières observations publiées sur l'emploi de ces procédés auraient pu faire croire que les sutures avaient été injustement abandonnées. Malheureusement, des expériences répétées leur ont été peu favorables, et les

chirurgiens qui se sont efforcés de les tirer de l'oubli, avouent eux-mêmes avec bonne foi que les tentatives sont loin d'avoir été constamment satisfaisantes.

Il en a été ainsi dans les essais faits en Allemagne pour guérir les hernies par la présence d'un petit séton. Lors même que des faits directs n'auraient pas été contraires à l'emploi de ce moyen, l'analogie aurait pu faire naître des craintes. En effet, si nous voyons, dans les observations rapportées par Sabatier, des inflammations violentes, des suppurations et même la gangrène, résulter de la présence d'un petit séton introduit dans la tunique vaginale, que ne devrait-on pas redouter si, étant placé dans un sac herniaire, les mêmes phénomènes venaient à se manifester.

Pour finir la longue série des procédés dont les effets dépendent de l'action de corps étrangers appliqués aux sacs herniaires, nous dirons un mot des injections. Desault, dans un cas de hernie inguinale, n'a pas craint de faire comprimer l'anneau et d'injecter du vin dans la tunique vaginale. Malheureusement on reconnut, après la disparition des douleurs et du gonflement, que la hernie n'était pas guérie. Peut-être attribuera-t-on le peu de succès de cette opération à la nature du liquide employé; peut-être cherchera-t-on dans les produits chimiques une substance dont l'action serait plus efficace. Nous le croyons. Mais sera-t-on assez heureux pour la trouver? Nous le désirons, sans trop l'espérer.

Des chirurgiens, oubliant les accidents qui suivent trop souvent la herniotomie, et ne se rappelant que quelques cas de guérison permanente, ont cru que le

moyen de l'obtenir constamment, était d'inciser le sac, de l'exciser ou de le scarifier. Mais les conséquences graves qu'eurent les tentatives faites par Jean-Louis Petit, ont laissé dans l'esprit des praticiens une telle impression, que depuis lui ce n'est que rarement qu'on a vu porter l'instrument tranchant sur le sac herniaire pour prévenir le retour des hernies. Nous citerons le docteur Jamson qui, ayant affaire à une hernie crurale, ne craignit pas de découvrir l'anneau, de tailler aux dépens des téguments un lambeau de deux pouces environ, de l'engager dans l'ouverture aponévrotique, et de réunir ensuite les parties au moyen de points de suture. Quel qu'ait été le résultat obtenu, il est probable que le chirurgien de Baltimore ne trouvera qu'un petit nombre d'imitateurs, et surtout très-peu de malades assez courageux pour se soumettre à une pareille opération.

L'idée de prévenir le retour des hernies à l'aide de la présence de certaines de nos parties engagées dans l'anneau, n'est pas nouvelle. Déjà, du temps de l'académie de chirurgie, les partisans de la non-ouverture du sac dans la herniotomie croyaient que le sac, repoussé à travers l'anneau, reviendrait sur lui-même, se pelotonnerait, et formerait une espèce de bouchon capable de s'opposer à l'issue des parties. On a même été jusqu'à tenter d'obtenir ce résultat à l'aide de l'épiploon maintenu dans l'ouverture herniaire. Pelletan, dans un cas d'entéro-épiplocèle ombilicale, réduisit l'intestin et porta une ligature sur les téguments et l'épiploon; mais les accidents furent graves et l'intestin sortit de nouveau. Il n'y a pas jusqu'au testicule qui n'ait été regardé comme un moyen d'obturation. En France, on a tenté, en laissant toutefois les

parties dans leur intégrité, de repousser le testicule au niveau de l'anneau, et de l'y faire adhérer par l'application de vésicatoires.

Il paraît qu'en Albanie le testicule, mis à nu, est repoussé directement; mais il paraît aussi que cette opération n'est pratiquée que par des empiriques qui spéculent sur la crédulité de quelques malades peu éclairés.

Un procédé imaginé tout récemment nous rappelle deux faits observés par Arnaud, dans lesquels on voit la guérison des hernies due à ce que la peau, entraînée dans l'anneau au moment de la réduction, y a contracté des adhérences, et a formé une espèce de bouchon oblitérant l'ouverture herniaire.

Ce que la nature était parvenue à faire en faveur des malades, M. Gerdy a cherché à l'obtenir en refoulant les téguments au-delà de l'anneau, et en les maintenant fixés à l'aide de fils passés à travers toute l'épaisseur des parois du canal inguinal, et la portion de peau invaginée. Si l'on s'en rapportait aux divers renseignements donnés sur cette opération, il serait permis de croire que son exécution n'est pas toujours facile; que dans certains cas les conséquences ont été fâcheuses, et que dans d'autres des récidives ont eu lieu. Quant à nous, qui connaissons les talents et la bonne foi de l'auteur de ce procédé, nous ne doutons pas qu'il ne le modifie utilement, et ne dissipe bientôt toutes les incertitudes, en faisant connaître lui-même ses tentatives.

Si nous croyons devoir terminer ce court exposé par des considérations sur la compression, c'est que, d'une part, ce moyen appartient à toutes les époques de la chi-

rurgie, et que, d'autre part, nous le regardons comme un puissant auxiliaire, toujours indispensable pour assurer l'action des moyens propres à guérir radicalement les hernies.

La plus grande incertitude règne dans l'esprit des chirurgiens sur l'action de la compression. Jean-Louis Petit prétendait que, par la présence prolongée d'un bandage, l'anneau aponévrotique devenait calleux; que la graisse tégumentaire disparaissait, et que les vésicules adipeuses s'agglomérant, forçaient la peau à s'appliquer sur l'ouverture herniaire. Pelletan avait moins de confiance dans les effets de la compression. Selon lui, une pelotte appliquée sur l'anneau, en changeant la forme et la disposition des parties, ne faisait que donner des apparences de guérison qui, tôt ou tard, devaient s'évanouir. Ledran et Scarpa pensent que, sous l'influence d'une pression prolongée, le sac herniaire se resserre au point de ne plus pouvoir admettre les parties qui tendent à s'échapper de l'abdomen.

L'opinion dans laquelle on suppose que la compression provoque l'adhésion des parois de la poche herniaire est très-accréditée aujourd'hui par ceux qui font de la cure des hernies plus qu'un objet de recherches scientifiques. Nous sommes loin de nier qu'un pareil résultat ait été obtenu; mais nous croyons qu'il n'a pas toujours été bien constaté.

Souvent on a attribué à l'adhésion réciproque des parois du sac plusieurs guérisons qui dépendaient d'autres circonstances. Tantôt, comme l'a vu Ambroise Paré, des malades ont guéri parce que de maigres qu'ils étaient ils sont devenus gras; d'autres fois, la guérison a été due

à une disposition particulière de l'épiploon. Un homme de trente-cinq ans, guéri d'une entéro-épiplocèle, mourut à l'hôpital de la Charité, en 1772; à l'examen du cadavre, on trouva que l'épiploon, très-mince, comme fibreux, adhérait intimement au sac.

Sans doute des adhérences ont été vues dans les sacs herniaires par Schmucker, Morenhein, Lawrence, etc. Mais cela n'a été que dans quelques cas particuliers; nous citerons entre autres le fait suivant : Un homme, ayant une entéro-épiplocèle d'un volume considérable, était en proie aux douleurs de l'étranglement. L'opération allait être pratiquée, lorsqu'Arnaud parvint à faire rentrer les parties; mais, ne s'arrêtant pas à ce premier résultat, il crut devoir profiter de l'état d'inflammation du sac, et fit immédiatement comprimer l'anneau. Le succès répondit à son attente.

En admettant que la compression puisse provoquer l'adhésion des parois du sac, on doit la supposer énergique, et alors, outre la gêne qui presque toujours la rend insupportable, elle peut avoir les plus graves inconvénients. Richter l'a vue suivie d'inflammation et de suppuration, sur un malade de Jean-Louis Petit; elle fut portée au point de provoquer la gangrène; et, dans un cas observé par Wilmer, les accidents furent tels que le malade succomba.

Ayant reconnu, sans toutefois l'avouer, l'insuffisance de la compression, quelques chirurgiens ont voulu faire croire à son efficacité en y ajoutant des applications externes, dont les formules sont souvent demeurées secrètes, et à l'aide desquelles un trafic honteux s'est propagé d'âge en âge.

Comme résumé de ce qui précède, disons que l'appréciation des effets de la compression a été trop exclusive. Changement de forme des ouvertures herniaires, moins de tendance des parties à s'y engager, retour de l'anneau sur lui-même, plus grande rigidité des tissus environnants, rétrécissement des sacs herniaires, adhésion des parois de leurs collets : tels sont les effets que l'on aurait droit d'attendre de la compression, si elle était convenablement appliquée sur des parties placées dans des conditions favorables. C'est pour parvenir à ce but que nous nous sommes engagés dans une route où tant de praticiens ont failli, où tant de revers ont signalé l'impuissance de la chirurgie.

(*La suite et la fin au prochain cahier.*)

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Perforations intestinales observées dans des fièvres graves. — Altérations du sang dans le scorbut. — Fréquence du pouls dans la paralysie des aliénés. — Irrigations continues froides dans le traitement des fractures. — Morts subites causées par un dégagement de gaz dans le sang. — Emploi simultané de la saignée et du kermès minéral dans le traitement de la pneumonie. — Compressions des carotides dans deux cas de maladies cérébrales. — Opération césarienne. — Traitement des fièvres dites *typhoïdes*. — Étude microscopique de l'urine. — Effets des émanations saturnines. — Perforation de la cloison inter-ventriculaire, sans cyanose. — Névralgie et hydrophobie traitées par la compression des artères. — Traitement des fistules vésico-vaginales. — Pommade de vératrine contre les névralgies. — Médicaments actifs à doses extraordinai-

res. — Injection de nitrate d'argent contre le catarrhe de la vessie. — Suites remarquables d'un coup de feu à la tête.

Gazette médicale (Janvier 1838).

I. — *Mémoire sur les perforations qui surviennent pendant le cours des fièvres typhoïdes*; par le docteur CAZENEUVE, chirurgien militaire. — M. Cazeneuve rapporte six observations de fièvres qu'il appelle typhoïdes, et qui toutes se sont terminées par des perforations intestinales. Chez cinq malades la perforation avait son siége à un pouce, un pouce et demi au-dessus de la valvule iléo-cœcale; chez le sixième, elle se trouvait un peu plus haut. Les symptômes présentés par tous les malades, au moment où l'on peut supposer que la perforation a eu lieu, sont ceux d'une péritonite sur-aiguë. Chez le premier malade, la perforation eut lieu le trentième jour de la maladie; chez le second, le cinquante-huitième jour; chez le troisième, le dix-huitième; chez le quatrième, le cinquante-sixième; chez le cinquième, le vingtième. Tous furent soumis à un traitement antiphlogistique très-actif. Deux succombèrent le troisième jour après le début de la péritonite; un le cinquième jour; deux le sixième jour, et un le treizième. Il est à regretter que, chez aucun de ces malades, on n'ait essayé l'extrait aqueux d'opium qui, à hautes doses, a été employé avec succès par MM. Stokes et Chomel.

M. Cazeneuve termine son mémoire par les propositions suivantes, qui en sont comme le résumé :

1° Les perforations intestinales constituent un accident assez fréquent des fièvres typhoïdes légères;

2° Presque constamment l'ouverture de l'intestin est étroite; elle a son siége aux environs de la valvule iléo-cœcale;

3° Les symptômes de cet accident sont ceux de la péritonite aiguë à des degrés divers;

4° La mort en est la terminaison la plus ordinaire; elle a lieu même peu de jours après le début de la péritonite;

5° Une des causes les plus fréquentes des perforations intestinales, c'est l'alimentation prématurée ou trop copieuse;

6° Le meilleur moyen de prévenir cette lésion, c'est, vers la fin des fièvres typhoïdes, de prescrire les aliments avec beaucoup de réserve, d'en surveiller l'emploi, et surtout de bien choisir les aliments;

7° Les antiphlogistiques, la diète, l'opium à haute dose, le repos le plus absolu, forment le traitement le plus rationnel des accidents qui accompagnent les perforations intestinales.

II. — *Considérations physiologiques et pathologiques sur les altérations du sang dans le scorbut ;* par T. JAMES, interne à la Salpétrière. — Boerhaave dit avoir trouvé le sang des scorbutiques dans un état complet de dissolution. Lind signale également l'absence du coagulum. Deyeux et Parmentier ont reconnu que la proportion de fibrine était notablement diminuée dans le sang des scorbutiques. M. Fremy, prosecteur du cours de chimie du collége de France, ayant analysé le sang d'un scorbutique, le trouva peu riche en fibrine, et fortement alcalin. M. James a constamment trouvé le sang plus fluide que de coutume, formant un caillot petit, mou, friable, et faisant reparaître la couleur bleue d'un papier de tournesol rougi par un acide. Aussi se croit-il en droit d'établir cette proposition générale que, dans le scorbut, il y a défaut de coagulabilité du sang, et que ce défaut paraît tenir à une diminution de la fibrine, et à une augmentation du principe alcalin. De là la facilité extrême qu'a le sang chez ces malades à s'extravaser dans tous les tissus.

A l'appui de cette proposition, M. James rappelle les expériences qu'a faites M. Magendie pour démontrer que le sang privé de sa coagulabilité devient impropre à la circulation, et s'échappe en s'imbibant à travers les parois de ses vaisseaux.

III.—*De la fréquence du pouls dans la paralysie des aliénés;* par E. Lisle, élève des hôpitaux. M. Lisle conclut des observations qu'il a faites sur vingt malades pendant dix jours :

1° Que, dans la paralysie commençante, le pouls est un peu plus fréquent que dans l'état normal;

2° Que dans la paralysie déjà arrivée à sa dernière période, le pouls est sensiblement moins fréquent qu'à l'état normal;

3° Que lorsque le dévoiement, qui complique si souvent la paralysie générale, vient s'ajouter aux autres symptômes, le pouls augmente beaucoup de fréquence;

4° Enfin, que la température ne paraît exercer aucune influence sur la fréquence du pouls des paralytiques.

IV.—*Mémoire sur l'emploi des irrigations continues d'eau froide dans le traitement des fractures compliquées;* par V. Nivet, interne des hôpitaux de Paris.— M. Nivet donne neuf observations de fractures compliquées de plaies et souvent d'esquilles. Sur ces neuf malades, sept ont guéri : deux de ceux-ci ont présenté des accidents inflammatoires nuls ou du moins très-légers ; les cinq autres ont offert des accidents inflammatoires locaux et généraux plus ou moins graves. Deux individus ont succombé ; mais, chez l'un, les irrigations ont été suspendues depuis le troisième jusqu'au vingt-unième jour du traitement. L'autre était une vieille femme extrêmement faible, qui avait à l'avant-bras une plaie contuse de plus de six pouces de longueur.

En outre, plusieurs phalanges de la main du même côté étaient dénudées ; le tibia était écrasé, réduit en fragments; une large plaie contuse faisait communiquer le foyer de la fracture avec l'air extérieur. Il est évident que, dans ce cas, l'amputation était indiquée, et l'on ne s'étonne pas que les irrigations n'aient pas réussi.

A. F.

Archives générales de médecine (Janvier 1838).

Considérations médico-légales sur les morts subites, et observations sur une de leurs causes jusqu'à présent peu connue (le dégagement d'un fluide gazeux au milieu du sang en circulation); par le docteur OLLIVIER (d'Angers). — Après avoir rapporté plusieurs exemples curieux de mort subite survenue dans des circonstances qui avaient pu donner lieu à des soupçons d'homicide, et qui cependant était due, tantôt à une lésion *spontanée* du système cérébro-spinal (hémorrhagie cérébrale, apoplexie de la moelle allongée, méningite purulente), tantôt à une lésion des poumons (emphysème pulmonaire, congestion ou apoplexie pulmonaire, pleuro-pneumonie double), tantôt enfin à une lésion spontanée du cœur ou des gros vaisseaux (rupture du cœur, rupture de l'artère pulmonaire)..., l'auteur établit que dans certains cas la mort subite ne laisse après elle aucun vestige cadavérique qui puisse en rendre compte. Il arrive ensuite à l'objet principal de son mémoire, et regarde comme démontrée la possibilité du développement spontané, pendant la vie, d'un fluide gazeux dans le sang, gaz qui produit instantanément la mort par son accumulation dans les cavités droites du cœur, soit comme obstacle purement mécanique à la circulation, si c'est un gaz analogue à l'air atmosphérique, soit aussi comme agent délétère, si, comme

on peut parfois le supposer, c'est du gaz acide carbonique qui se dégage du sang. Les phénomènes observés sur l'homme et sur les animaux dans les cas où l'air pénètre dans les gros troncs veineux se produisent alors *spontanément*, et les mêmes vestiges se retrouvent après la mort dans les deux circonstances. (Voir les discussions académiques mentionnées dans le précédent numéro de la *Revue*.) Une observation détaillée vient appuyer cette manière de voir. Elle a trait à une jeune personne morte subitement au moment où elle se disposait à se lever, et chez laquelle on ne trouva pour expliquer la mort qu'une distension considérable des cavités droites du cœur par un fluide gazeux. Il est à remarquer que, le plus ordinairement, les individus qui ont succombé au développement spontané ou à l'introduction artificielle de l'air dans le cœur, étaient dans un état de débilité et d'affaiblissement très-propres à favoriser cette introduction ou ce développement. La jeune femme qui fait le sujet de l'observation rapportée par M. Ollivier (d'Angers) était depuis quelque temps, par suite d'une maladie aiguë, dont elle paraissait d'ailleurs parfaitement rétablie, dans un état de faiblesse qui s'était accru sensiblement, sans cause connue, le jour même de sa mort.

G.

Journal des connaissances médico-chirurgicales (Janvier et février 1838).

I. — *De l'emploi simultané de la saignée et du kermès minéral dans la pneumonie;* par M. Le Marchand, docteur-médecin au Mans. — Voici encore un incrédule qui ose nier l'efficacité de la méthode *jugulante* dans le traitement de la pneumonie, et qui, d'un autre côté, n'ajoute pas plus de foi à l'oracle de la médecine statistique, lorsqu'il pro-

nonce que la saignée n'a aucune influence sur la durée de cette maladie. Cet esprit obstiné, qui ne veut croire qu'à l'expérience universelle et à la médecine des indications, est un modeste praticien de province qui s'est plu à rédiger quelques observations fort intéressantes de pneumonies traitées simultanément par la saignée et le kermès minéral, et desquelles il résulte : 1° qu'à haute dose, le kermès a pu être employé avec succès dans des cas où les évacuations sanguines avaient été insuffisantes; 2° que ces effets n'ont pas été moins heureux dans des cas où la pneumonie était compliquée de maladies chroniques, telles que phthisie, catarrhe chronique, qui ne permettaient pas de tirer beaucoup de sang, ou d'accidents graves, tels que le délire, et enfin dans les cas où il existait en même temps une pleurésie; 3° que l'amélioration produite par l'emploi du kermès s'est manifestée avec une promptitude remarquable; 4° enfin, que ce médicament n'a déterminé ni vomissements, ni déjections alvines, dans tous les cas où il a été employé. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire les observations de M. Le Marchand, médecin judicieux, qui a su s'affranchir de l'esprit de système.

II. — *Compression des carotides dans deux cas de maladies cérébrales aiguës.* — Dans une lettre adressée à M. le docteur Trousseau, M. Petel, ancien interne des hôpitaux de Paris, rend compte de deux cas : l'un, de congestion cérébrale, avec perte de connaissance, chez une vieille femme de la Salpêtrière; l'autre, de convulsions, chez un enfant de 3 ans, où il a employé avec un succès remarquable la compression des carotides. Bien que ce moyen n'ait pas été employé seul, on ne saurait douter, d'après toutes les circonstances des deux cas, qu'il n'ait eu une influence réelle sur l'heureuse terminaison des accidents cérébraux. J.

III. — *Rachitisme à 39 ans, opération césarienne, guérison;* par M. Od. Chevillion. — En 1832, la femme Rutzerfeld, mère de six enfants, et parvenue à l'âge de 39 ans, commença à éprouver des douleurs aux lombes, accompagnées d'une grande faiblesse dans les jambes; tous les symptômes du rachitisme se développèrent, et la maladie continua à faire des progrès jusqu'à l'âge de 43 ans. C'est alors qu'elle devint enceinte pour la septième fois, et que M. Ackens fut appelé pour l'assister dans son accouchement. Ce médecin trouva la malade en proie, depuis deux jours, aux douleurs de l'enfantement; la poche des eaux était rompue et le travail n'avançait point. Le docteur Ackens, ayant examiné le bassin, trouve les tubérosités ischiatiques tellement rapprochées qu'à peine il peut y introduire deux doigts. Le diamètre transversal présente une longueur de deux pouces et demi seulement. Ce praticien constate, en outre, une exostose du volume d'un œuf de poule sur la partie postérieure et supérieure du sacrum. On lui apprend, en même temps, que cette femme ne peut plus marcher depuis trois ans; que les mouvements, dans les articulations des genoux surtout, ont toujours été en diminuant, et que, depuis plus d'un an, elle ne peut se soutenir que sur les mains et la pointe des pieds. Le mari, de son côté, déclare ne pouvoir exécuter le coït que d'une manière fort incomplète. L'état de la malade est assez alarmant, les forces sont épuisées, le pouls est petit et bat quatre-vingt-dix fois par minute. Il y a des vomissements. M. Ackens propose l'opération césarienne; la femme y ayant consenti, le chirurgien incise immédiatement la ligne blanche et termine l'opération suivant la méthode ordinaire. Cette opération fut interrompue à plusieurs reprises par des vomissements et une syncope qui

dura deux minutes. La plaie extérieure fut réunie au moyen de trois points de suture. La malade ne prit les trois premiers jours que de l'eau froide, puis un mélange de blanc d'œuf par cuillerées à bouche, enfin de l'eau de poulet. Au cinquième jour, tout allait très-bien, et au trentième la plaie était parfaitement cicatrisée. La sécrétion du lait n'eut pas lieu, et l'enfant, qui était du sexe masculin, bien constitué et à terme, mourut un mois seulement après sa naissance à la suite d'une maladie accidentelle. La mère était rétablie de l'opération en cinq semaines. Les règles reparurent quatre mois après l'accouchement, et elles ont continué depuis d'une manière normale.

IV. — *De la fièvre typhoïde;* par M. Chardon, docteur-médecin. — M. Chardon, ayant observé pendant trois années consécutives un grand nombre de ces fièvres plus ou moins graves et compliquées qu'on désigne depuis quelque temps sous la dénomination banale de *fièvres typhoïdes*, vient opposer ses opinions et sa pratique à celles des médecins qui, dans ces derniers temps, se sont le plus occupés de ces maladies. C'est surtout pour répondre à la dissertation de M. le docteur Beau, qui s'est attaché à faire ressortir les avantages de la méthode évacuante, qu'il a entrepris le Mémoire dont voici l'analyse. M. Chardon ne croit pas d'abord, lui, que la fièvre typhoïde reconnaisse pour cause essentielle l'altération de la membrane muqueuse du tube intestinal, pas plus que la présence d'une bile âcre dans le conduit digestif, comme le pense M. de La Roque; pas plus que l'état pathologique d'autres tissus et d'autres organes. Franchement attaché aux doctrines hippocratiques, il distingue, au milieu des nombreux symptômes que présente cette affection, un état morbide

particulier qui ne consiste pas seulement dans des lésions locales plus ou moins prononcées et même variables, mais bien dans une altération primitive de l'organisme qui constitue le cachet de la fièvre typhoïde, comme, en général, de toutes les maladies de mauvais caractère. C'est, comme il le dit très-bien, une sorte d'empoisonnement qui provoque des réactions vitales qui allument la fièvre; d'où l'altération des organes et le trouble de leurs fonctions; d'où l'éruption dothinenthérique, qui n'est qu'une conséquence de l'affection générale, ayant seulement un caractère particulier qui la distingue des phlegmasies qui naissent franchement sous la seule influence des causes ordinaires; d'où la manifestation d'un état bilieux qui ne joue qu'un rôle secondaire, et qui doit peut-être son apparition fréquente à la constitution médicale de ces dernières années. Les évacuants, d'ailleurs, dit M. Chardon, n'ont jamais fait avorter le mouvement fébrile dans aucun cas de fièvre typhoïde bien constaté, non plus que la saignée et les révulsifs. D'après ces idées théoriques, il est facile de prévoir la marche que ce praticien a suivie dans le traitement de cette affection. Dans la grande majorité des cas, plutôt que d'employer des remèdes actifs, plus propres à contrarier les efforts de la nature qu'à les seconder, M. Chardon s'est borné à un régime diététique et hygiénique sagement dirigé; ce n'est que rarement qu'il a trouvé l'indication bien précise d'une saignée ou d'un évacuant. Il a remarqué même que souvent la fréquence du pouls devenait plus grande sous l'influence d'une émission sanguine, et que son élévation était augmentée. Les toniques et les stimulants lui ont paru augmenter plutôt l'irritabilité des organes et l'action fébrile que les diminuer. Il donne la préférence au calomélas, à raison de la facilité de son administration, dans les cas où il convient d'agir

sur les voies digestives. Les demi-lavements de quinquina camphré lui ont été fort utiles, lorsque, vers la fin de la maladie, la fièvre revet le type rémittent. Enfin, dans tous les cas, il a suivi la thérapeutique de tous les bons esprits et des vrais praticiens; il a toujours agi suivant les indications, ne rejetant aucun moyen qui pût être utile dans le cas donné. Par cette conduite aussi sage que raisonnable, il a peut-être obtenu plus de succès que bien des gens qui ont pris tant de peine à les compter.

H. S.

L'Expérience (1) (Janvier 1838).

I.—*Étude microscopique de l'urine éclairée par l'analyse chimique*; par M. Vigla (service de M. Rayer). — L'exposé de ces recherches a pour but de ramener les médecins à l'examen microscopique de l'urine, aidé de réactifs et éclairé par les résultats que fournit l'analyse chimique. Cette étude constituant une méthode assez prompte pour être employée dans les études cliniques, et beaucoup plus sûre que le simple examen physique des nuages, des crémors, etc., est plus facile et moins longue qu'une analyse de chimie organique dont les procédés sont longs et difficiles, et ont en outre l'inconvénient de ne pouvoir faire apprécier la présence des animalcules spermatiques, les globules du sang de certains mucus, les apparences cristallines des sels, etc.

Cette méthode, appliquée par l'auteur à l'étude des crémors, des nuages et des sédiments, démontre :

Que leur componction varie dans les urines acides et

(1) Nouveau journal de médecine qui paraît tous les cinq jours.

alcalines, et qu'ils sont formés de matières organiques (épithélium, mucus, sang, etc.), d'acide urique et de sels;

Que des débris d'épithélium, en petite quantité dans l'état de santé, et plus abondamment dans quelques maladies, apparaissent dans l'urine en petites lamelles membraneuses, forme que l'albumine coagulée et peut-être d'autres substances peuvent présenter;

Que le mucus recueilli dans l'urine ou sur le filtre peut offrir des globules, de l'épithélium, ou d'autres matières étrangères, ou être parfaitement transparent;

Que le pus non altéré offre des globules qui ne peuvent être distingués par leurs formes des globules muqueux, mais que l'analyse chimique distingue le pus du mucus;

Que des quantités minimes de cruor, qu'on pourrait à peine soupçonner à l'œil nu, sont indiquées par la présence des globules du sang, qui ne sont que faiblement attaqués par l'urine très-légèrement acide;

Que de petites lamelles se montrent dans quelques urines albumineuses naturellement acides;

Que le lait, mis artificiellement dans l'urine, peut être reconnu à ses globules, lorsqu'ils ne sont pas altérés;

Que le ferment se montre dans l'urine des diabétiques sous forme de globules parfaitement distincts de ceux des autres matières animales;

Que le sperme chez l'adulte peut être découvert dans l'urine par la présence de ses animalcules propres; qu'il existe des globules dans le sperme; qu'ils sont très-nombreux et les animalcules très-rares dans plusieurs maladies; enfin, que chez quelques vieillards il ne contient point d'animalcules;

Qu'il y a dans le liquide prostatique de petits globules et des globules muqueux ordinaires;

Que des globules muqueux, et surtout des globules de nouvelle formation, enveloppés ou imprégnés d'acide urique, et quelquefois de traces de phosphate de chaux, constituent les globules noirâtres qu'il est ordinaire de rencontrer dans les urines fortement acides abandonnées à elles-mêmes pendant quelques jours;

Que les sédiments et les crémors des urines acides sont formés, pour la plus grande partie, par l'acide urique qui se présente au microscope sous la forme pulvérulente, ou en cristaux quelquefois incolores et presque toujours jaunes; que le type de ces cristaux est le prisme rhomboïdal droit, dont on observe de nombreux dérivés;

Que les grains rouges de ce même acide, visibles à l'œil nu, se composent des mêmes cristaux, en général irréguliers et toujours colorés;

Que les sédiments cristallisés des urines alcalines sont formés le plus ordinairement par le phosphate ammoniaco-magnésien neutre, dont les cristaux sont des dérivés du prisme rectangulaire droit, et par une petite quantité de phosphate de chaux pulvérulent;

Que les sédiments amorphes des urines alcalines sont formés par le phosphate de chaux pulvérulent;

Que le phosphate ammoniaco-magnésien bibasique cristallise dans l'urine en feuilles de fougères, et se forme pendant la décomposition de l'urine abandonnée à elle-même;

Que l'urate d'ammoniaque, préparé artificiellement, cristallise en aiguilles très-fines, que nous n'avons point observées dans l'urine;

Que l'hydrochlorate de soude cristallise dans ce même liquide en octaèdres réguliers.

II.—*Clinique médico-chirurgicale*, par M. Montanet; obs. I. *Effet des émanations saturnines sur l'économie animale.* — Le

malade qui fait le sujet de cette observation a présenté des symptômes remarquables du côté des centres nerveux; outre les coliques, le hoquet, il y eut des crampes, des tremblements, de l'embarras dans la prononciation, perte de la mémoire, frayeur, délire, coma, palpitation, accès épileptiques et hydrophobiques, propension au suicide, etc. La limonade sulfurique, l'alun à hautes doses, l'huile de croton jusqu'à neuf gouttes, l'acétate de morphine à la dose de gr. iij furent administrés sans succès. Sous l'influence du traitement de la Charité, il y eut une grande amélioration; le malade s'exposa de nouveau à l'humidité et aux émanations saturnines. Il y eut une récidive, apparition de symptômes graves; on revint au traitement de la Charité, puis on donna les calmants, les antispasmodiques (laudanum, éther, etc.), les sudorifiques, les bains amylacés, le sulfate de quinine, les affusions froides sur la tête et les épaules. Il n'y eut pas d'amélioration d'abord; à ces symptômes se joignirent la perte de la mémoire, et la difficulté à parler. Commencement de mieux six semaines après, guérison complète après quelques semaines d'habitation à la campagne et l'usage des eaux d'Enghien.— Pourquoi, dans ce cas, n'avoir pas employé les bains de vapeur?

OBS. II. — *Large perforation de la cloison interventriculaire du cœur sans symptômes de cyanose.* — Un jeune homme de vingt-six ans, après avoir éprouvé, dès son enfance, des palpitations, offrait à l'auscultation des bruits du cœur secs et âpres. Plus tard, on entendit un bruit de piaulement étouffé et un froissement péricardique plus superficiel que le frottement qui avait lieu dans le cœur deux jours avant la mort du malade.— A l'autopsie, on constata l'existence d'une perforation de la cloison interventriculaire, en outre d'une pleuropneumonie gauche. Il n'y eut pas de cyanose. La même anomalie a été constatée, sans cyanose aussi,

par M. Richerand, chez un sujet de quarante-un ans, et par Meckel, chez deux autres sujets de soixante ans.

M. Montault rapporte plus loin l'observation d'un rétrécissement spasmodique de l'urètre et d'une névralgie du col de la vessie promptement améliorés par l'administration des narcotiques (*belladone*) et des révulsifs. Enfin deux cas de névralgie rhumatismale des muscles abdominaux simulant une péritonite, et guérie par les révulsifs, les antiphlogistiques et les opiacés.

III. — *Névralgies guéries par la compression des artères, emploi du même moyen contre l'hydrophobie.* — Décidément la compression des artères va devenir le grand remède à tous les maux. Les observations suivantes, communiquées par M. Allies (de Marigny-sur-Loire), méritent cependant d'être relatées :

Dans un cas, il y avait douleur névralgique intermittente du lobule de l'oreille droite; la maladie, compliquée d'accès de fièvre tierce, résista aux calmants et au sulfate de quinine, qui lui enleva l'affection intermittente, l'élément intermittent, si l'on veut; la compression de la carotide, exercée une demi-heure avant le retour présumé de l'accès, pendant douze à quinze minutes de suite, avec des interruptions d'une à cinq minutes, fit disparaître la douleur nerveuse.

Obs. II. Névralgie du nerf orbito-frontal, puis du rameau supérieur du nerf honteux. L'affection, des plus douloureuses, avait résisté aux calmants ordinaires, belladone, etc., et s'était développée sur la fin du premier septénaire d'une fièvre typhoïde; la compression des artères carotides primitives et de l'aorte guérit les deux névralgies.

Obs. III. — Hydrophobie chez un jeune homme de 24 ans, communiquée par la morsure d'un chien enragé

Convulsions diminuant d'une manière remarquable sous l'influence de la compression des deux carotides. Forcé par les parents de suspendre cette compression, le médecin ne put la reprendre. Le malade succomba le lendemain.

IV. — *Examen critique des méthodes directes de traitement des fistules vésico-vaginales ; exposition d'un nouveau plan d'opération* ; par M. Jeanselme. — Après une critique par trop sévère des méthodes et procédés employés jusqu'ici pour la cure des fistules vésico-vaginales, répondant par une fin de non-recevoir aux observations de succès connus dans la science, l'auteur insiste beaucoup sur l'emploi de la méthode indirecte qui ne renferme qu'un seul procédé, celui de M. Vidal de Cassis. Ce procédé consiste à oblitérer le vagin pour en faire une sorte de diverticulum à la vessie. Rien n'est préférable, suivant M. Jeanselme, à cette oblitération du vagin ; il faut cependant que tous les autres moyens aient échoué; car M. Vidal lui-même ne craint pas de le dire, il faut, avant d'en venir à cette dernière ressource, avoir tenté les autres méthodes. Essayée une fois en 1833, à l'hôpital du Midi, par M. Vidal, cette oblitération eut un succès momentané; des manœuvres imprudentes exercées avec la sonde détruisirent la cicatrice encore très-molle, les urines reprirent leur cours par le vagin. Certes, ce n'est pas assez de ce fait pour adopter définitivement la méthode de M. Vidal ; et, serions-nous beaucoup plus indulgent que M. Jeanselme, nous aurions encore le droit de regarder ses raisons de préférence comme non avenues. Et puis, qui nous dit que, si la fistule est bien large, l'urine, traversant continuellement l'entrée du vagin, n'empêche l'adhésion des surfaces avivées, comme elle l'arrête ou la détruit aux bords rafraîchis de la fistule vésicale? En supposant que cette réunion se fasse, n'a-t-on pas

à craindre que le contact de l'urine, séjournant long-temps dans cet arrière-fond de la vessie, ne développe une inflammation phlegmoneuse, gangréneuse même, à laquelle les cicatrices les plus solides ont tant de peine à résister? Qui nous dit encore que les caillots du sang des règles, et il s'en forme assez souvent, s'écouleront facilement par l'urètre? Enfin, n'y a-t-il donc point d'inconvénient à mettre une femme, souvent fort jeune, dans un état forcé d'impuissance et de stérilité, etc.? La question nous semble loin d'être définitivement *jugée*.

A. B.

Bulletin de thérapeutique (Janvier 1838).

I. — *Pommade de vératrine contre les névralgies.* — M. Florent Cunier, médecin militaire belge, fait connaître les résultats de dix-huit mois d'expérimentation sur cet agent thérapeutique. Il résulte de ses essais que la vératrine, employée en pommade et en frictions, agit fortement sur le système nerveux et réussit assez souvent contre les affections névralgiques; qu'elle a besoin d'être combinée avec les sudorifiques pour opérer plus efficacement; qu'enfin, son usage endermique demande beaucoup de circonspection, puisqu'il pourrait en résulter l'empoisonnement, et qu'on observe assez fréquemment, sous l'influence d'une dose modérée (10 grains de vératrine sur 2 onces d'axonge), des mouvements convulsifs, des spasmes, des toux, des dyspnées, des nausées, des vomissements, etc.

II. — *Médicaments actifs administrés à doses extraordinaires.* — M. Forget, professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, a employé l'eau distillée de laurier-

cerise et d'amandes amères à la dose de 4 onces par jour, et le cyanure de potassium à la dose de 3 grains, sans obtenir de résultat appréciable, d'effet sensible. Dans deux cas de tétanos, l'opium a été administré d'emblée à la dose de 10 grains par jour, et bientôt de 36 grains dans le même intervalle sans accident. Le vin de colchique simple, et puis double, a été pris à la dose de 2 à 8 onces par jour; l'huile de foie de morue, à 3 onces dans le même espace de temps; l'indigo, d'1 gros à 2 onces par jour progressivement.

Cette communication de M. Forget n'a point pour but de faire connaître des résultats curatifs qui ont été variés et de peu d'importance, mais plutôt de signaler l'incertitude des essais thérapeutiques, dont les résultats varient suivant une infinité de circonstances qu'il n'est pas toujours possible d'apprécier ni de prévoir. Nul doute que, lorsqu'il s'agit d'administrer des substances réputées vénéneuses, la circonspection du praticien ne doive être extrême; car mieux vaut encore, en pareil cas, être timide que téméraire. Cependant, on ne saurait trop encourager les hommes heureusement placés à déterminer, avec la précision dont la matière est susceptible, à quelles doses peuvent être administrés les médicaments énergiques dans telles ou telles conditions données de l'organisation. Le soin des préparations pharmaceutiques serait une base non moins essentielle dans les expériences de ce genre.

III. — *Injections de nitrate d'argent dans le traitement du catarrhe chronique de la vessie* (1 grain pour 4 onces d'eau distillée). — Dans une observation recueillie à la clinique de M. le professeur Serres à Montpellier, ce nouveau moyen de traitement paraît avoir eu un succès remarquable. Le catarrhe vésical, qui durait depuis long-temps, a été guéri promptement et complètement. L. G. Q.

Journal de médecine pratique de la Société royale de Bordeaux (Janvier 1838).

Suites remarquables d'un coup de feu à la tête; par M. le docteur BAX. — Un soldat, âgé de 22 ans, fut atteint, devant Alger, le 11 juillet 1830, d'un coup de feu à la tête, qui n'entraîna pas, d'abord, d'accidents fort graves. Après la guérison de sa blessure, il resta sujet à des douleurs de tête qui motivèrent sa réforme, et ne lui permirent pas de reprendre son ancien métier de menuisier. La nature et la persistance de ces douleurs lui donnaient la persuasion intime, malgré l'opinion contraire des chirurgiens, qu'il avait une balle dans la tête. Mais, à cela près, il jouissait d'une assez bonne santé, n'ayant jamais eu le plus léger dérangement dans ses facultés intellectuelles, si bien qu'en 1833, il était rentré au service dans la 1re compagnie des vétérans en garnison à Blaye. Sept années s'étaient écoulées depuis la guérison de sa blessure, lorsque tout-à-coup, et sans nouvelle cause connue, il fut pris, le 7 novembre 1837, des symptômes d'une encéphalite aiguë, à laquelle il succomba le quatrième jour. A l'ouverture du crâne, on découvrit sur l'hémisphère gauche du cerveau un épanchement d'environ 4 onces de sang noir coagulé. Une balle de calibre fut trouvée solidement fixée à l'extrémité gauche de la suture lambdoïde, où la dure-mère lui formait une sorte de chaton. Elle correspondait, par une saillie intérieure de la moitié au moins de son diamètre, à un vaste foyer purulent formé aux dépens d'une portion des lobes moyen et postérieur du cerveau. Cette dégénération organique était évidemment d'ancienne date. L'épanchement sanguin était la seule lésion récente qui avait coïncidé avec les symptômes de l'encéphalite aiguë

des derniers jours. Ainsi, voilà un homme qui jouissait de toutes ses facultés intellectuelles malgré la destruction d'un volume de substance cérébrale équivalent à peu près à la septième partie de l'hémisphère gauche du cerveau! N'y a-t-il pas là de quoi exercer la sagacité et la verve sophistique des phrénologistes?

— Le même cahier du *Journal de Bordeaux* contient la première partie d'un Mémoire fort intéressant de M. Lafargue *sur la localisation des fonctions cérébrales*. Nous ferons connaître les principaux résultats de ce travail lorsqu'il aura paru en entier. L.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

Nouveau procédé pour la guérison des fistules vésico-vaginales. — Fistule recto-vaginale traitée par l'incision du sphincter de l'anus. — Bons effets du colchique contre le tétanos. — Suicide chez une jeune fille de 14 ans. — Vers dans la vessie urinaire. — Accouchement opéré sans que la mère en eût connaissance.

I. *Nouveau procédé pour traiter les fistules vésico-vaginales*; par le docteur W.-E. Horner, professeur d'anatomie à l'université de Pensylvanie, chir. de l'hôpital de Philadelphie. — Catherine Hurley, âgée de trente ans, de petite taille, de forte constitution, ayant le bassin bien conformé, éprouva, à la suite d'un accouchement pendant lequel des soins peu éclairés lui furent donnés, une gangrène de la plus grande partie de la paroi vésico-vaginale. Depuis ce temps (deux ou trois ans) il y a un écoulement continuel

d'urine qui répand sur elle une odeur ammoniacale des plus repoussantes, et entretient des excoriations fort étendues de la vulve et des cuisses. Pensant que ce cas était très-convenable pour expérimenter un nouveau moyen de traitement que j'avais imaginé, je commençai par le répéter sur le cadavre ; puis je procédai de la manière suivante :

Un instrument d'argent de quatre pouces de longueur, semblable pour la forme à une sonde de femme, mais présentant à son milieu une large plaque circulaire, était destiné à être placé dans la vessie. Un autre instrument, fondé sur la même idée que l'éphelcomètre de M. Guillon, et semblable pour sa construction à la monture d'un parapluie réduite à deux branches coupées au niveau de la deuxième articulation, devait être introduit dans le col de l'utérus. On pouvait l'ouvrir et le fermer comme un parapluie. Ouvert, il avait à sa partie supérieure une forme triangulaire, de la dimension de la cavité utérine ; mais, fermé, ce n'était plus qu'un cylindre de trois lignes de diamètre. Dans cet état, on pouvait sans difficulté le faire pénétrer dans la cavité du col utérin. Lorsqu'on l'ouvrait, on était maître de la position de la matrice. Au moyen du manche de l'instrument, on pouvait à volonté l'abaisser ou la repousser ; en un mot, la diriger en tous sens.

Le premier instrument étant introduit dans la vessie par l'urètre, et le second ouvert dans la matrice, la vessie fut refoulée en arrière par la plaque du cathéter, et la matrice abaissée au moyen de l'éphelcomètre. La tige de celui-ci fut passée à travers une ouverture de la plaque du cathéter, et fixée dans une position convenable, de manière à être immobile. Dans cet état de choses, la matrice venait boucher l'ouverture qui existait au fond de la vessie, et il ne restait plus, pour obtenir la guérison, que de faire adhé-

rer les surfaces maintenues en contact. Dans le but de faciliter l'adhésion des bords de la fistule, on les toucha avec le nitrate d'argent.

Catherine Hurlez supporta cet appareil pendant deux jours sans en éprouver beaucoup d'inconvénients. Mais, comme le cathéter offrait dans sa construction quelques défauts qui en rendaient l'application plus douloureuse qu'elle n'aurait dû l'être, je l'enlevai pour le faire modifier. Mais la malade, femme d'un esprit très-borné, et qui ne sentait pas le prix d'une guérison, mit beaucoup d'obstacles à ce qu'on réappliquât l'appareil, et finit même par s'y refuser obstinément. On fut obligé de l'abandonner à sa dégoûtante infirmité.

L'emploi de ce procédé pour le traitement des fistules vésico-vaginales réussirait probablement dans beaucoup de cas que l'on regarde aujourd'hui comme incurables. L'irritation résultant du déplacement de l'utérus fut inappréciable chez notre malade; probablement elle serait plus forte chez une personne plus délicate, mais on pourrait la combattre. Je ne fais pas le moindre doute que la méthode que je propose, et que j'ai employée dans ce cas, n'ait une supériorité marquée sur le traitement par la suture. Je n'ai jamais pu réussir par cette dernière méthode; les points de suture sont toujours tombés trop tôt pour être de quelque utilité. Et je suis disposé à croire qu'il en est ainsi dans presque tous les cas, bien qu'on ait cité quelques guérisons. Toutes les fois que la perte de substance affecte les uretères aussi bien que le bas-fond de la vessie, la guérison par la suture est tout-à-fait impossible. Or, d'après ce que j'ai vu, cette disposition est fréquente, et peut-être même la plus fréquente de toutes. Dans ce cas du moins, mon procédé est préférable.

(*The american journal of the medical sciences.* Novembre 1837.)

II. *Fistule recto-vaginale traitée par l'incision du muscle sphincter de l'anus*; par le doct. W.-E. Horner.—Une femme de couleur nommée Brocon, âgée d'environ trente-cinq ans, et d'assez bonne constitution, portait une fistule recto-vaginale assez étendue. J'entrepris de la traiter en rafraîchissant les bords calleux de la fistule, en fixant les deux lèvres opposées au moyen de deux points de suture, et en incisant le muscle sphincter de l'anus, afin d'empêcher que, dans la défécation, les points de suture ne déchirassent les tissus qu'ils embrassaient. La malade supporta très-patiemment l'opération. Elle était dans le cours du traitement consécutif, lorsqu'elle se livra à un paroxysme de colère et d'indocilité, pendant lequel elle détruisit le résultat de tous nos soins. Il survint une inflammation érysipélateuse des parties génitales, et notre opération échoua complètement. La fin de mon temps de service m'empêche de renouveler ma tentative. Je crois que, dans des circonstances favorables, l'incision du sphincter anal réussirait tout aussi bien dans ce cas que contre la fissure à l'anus. En tout cas, c'est un moyen à tenter.

(*The american journal of the medical sciences.* Novembre 1837.)

III. *Des bons effets du colchique dans le tétanos*; par le doct. Smith, de Port-au-Prince (Haïti). — A Haïti, comme dans tous les climats chauds, le tétanos est une maladie très-fréquente. Mais elle n'attaque guères que les indigènes; au moins je n'ai jamais vu ni entendu parler d'étranger qui en ait été atteint. C'est de cinq à trente ou trente-cinq ans que l'on y est surtout exposé. Dans l'espace d'un peu plus de deux ans et demi, j'ai eu occasion d'observer neuf cas de tétanos, et je les ai soignés pour la plupart. Les

femmes y semblent moins sujettes que les hommes, car, sur les neuf malades, il n'y avait qu'une femme. De ces neuf cas de tétanos, deux étaient traumatiques et déterminés par des blessures très-légères. Les sept autres étaient idiopœthiques, aucune cause n'ayant pu les amener.

Trismus traumatique.	2 hommes au-dessous de 20 ans; 1 mort, 1 guéri.
Opisthotonos idiopathique.	3 hommes au-dessous de 30 ans; 1 mort, un guéri. 1 femme au-dessous de 40 ans; morte. 2 hommes au-dessous de 25 ans; guéris.
Pleurosthotonos idiopathique.	1 enfant de 15 ans. (mort.)
Total,	9 malades, 5 guéris, 4 morts.

Les quatre derniers cas de tétanos que j'ai eu à traiter l'ont été par le colchique, et trois ont guéri. Voici ma manière de procéder : lorsque je suis appelé près d'un malade affecté de tétanos, mon premier soin est de m'enquérir de l'état des intestins : la constipation dans cette maladie est toujours un symptôme grave, et doit être combattue par des lavements. Je préfère toujours pour cela un liquide émollient, parce que souvent à la constipation se joint un peu d'irritation de l'intestin. Je fais administrer un lavement d'une livre de décoction de graine de lin ou de okra (ketmia gombo), avec trois ou quatre onces d'huile de ricin pour un adulte. Après cela je fais appliquer cinquante ou soixante sangsues sur le trajet de la moelle-épinière, depuis le cou jusqu'au sacrum. Dans ma pratique, je préfère les ventouses scarifiées. Quand les muscles des mâchoires et du cou sont affectés, ce qui est le plus ordinaire, on applique aussi des sangsues aux apophyses mastoïdes. Immédiatement après la saignée locale faite, soit par les sangsues, soit par les ventouses, on place le long de la colonne

vertébrale des linges imbibés d'une forte solution d'hydrochlorate d'ammoniaque. A l'intérieur j'administre la teinture vineuse de colchique, en commençant par un demi-gros et en augmentant la dose toutes les demi-heures, et les répétant jusqu'à production de vomissements ou de selles. On cesse le remède dès que l'un de ces deux effets est produit. Si plus tard il survient des coliques et de la faiblesse, ce qui est assez ordinaire, j'ai l'habitude de donner une demi-once d'acétate d'ammoniaque toutes les heures, avec addition d'un quart de grain d'acétate de morphine. Si le corps se refroidit, et s'il y a des symptômes de collapsus, on fait des applications chaudes sur les membres et dans les aisselles, et l'on cesse la solution narcotique. Les semences de colchique paraissent avoir un effet plus durable que le bulbe. Je compose ma teinture avec deux onces de semence de colchique et une livre de vin d'Espagne.

Tous les cas de tétanos que j'ai eu à traiter l'ont été, à deux exceptions près, par la méthode que j'indique, et avec un résultat satisfaisant. Les deux exceptions sont les deux premiers cas qui me furent confiés à mon arrivée dans l'île. J'employai l'opium, la saignée, la térébenthine, etc.; les malades furent mis dans un bain chaud; lorsqu'on les en retira, l'état spasmodique augmenta, les membres devinrent plus raides, et dans un cas la mort s'ensuivit subitement. Tant que je resterai dans les Indes occidentales, je ne traiterai jamais plus le tétanos de la manière indiquée dans les livres. C'est ce qu'a dit M. Hader, de Londres, des bons effets du colchique dans le rhumatisme chronique, et les maladies inflammatoires, aussi bien que l'expérience que j'avais eue de ce médicament pendant que j'étais médecin résident de la maison de refuge de New-York, qui m'a décidé à le mettre en usage dans le tétanos. D'après

ce que j'avais vu, j'étais porté à regarder le colchique comme un médicament à la fois diaphorétique et diurétique, cathartique actif, et en même temps anodin et antispasmodique. Du reste, je suis persuadé que, dans le tétanos, il agit d'une manière spéciale. Dans cette maladie, il y a constipation très-forte, spasmes violents, rigidité musculaire avec douleurs, souvent rétention et même suppression d'urine. Or, le colchique paraît réunir en lui toutes les qualités propres à combattre à la fois ces symptômes. Quelquefois il ne produit pas de vomissements, ce qui peut dépendre de son plus ou moins de pureté, mais il agit toujours sur les reins, la peau et le canal intestinal.

(*The jamaica physical journal.*)

IV. *Cas de suicide chez une jeune fille de quatorze ans*; par le doct. Iasac PARRISCH, de Philadelphie.—Je fus appelé en toute hâte près de mademoiselle J. S., fille de l'un des habitants les plus honorables de mon voisinage. Lorsque j'arrivai, la jeune fille était morte. J'appris qu'elle était dans sa quinzième année, qu'elle avait toujours joui d'une bonne santé, à l'exception de quelques maux de tête et parfois de dérangements d'estomac. Elle venait d'atteindre l'âge de la puberté; sa position sociale était on ne peut plus agréable, et paraissait conforme à ses goûts. Élevée avec le plus grand soin par sa famille, elle ne l'avait pas quittée depuis 7 ou 8 ans.

Le matin du jour de sa mort, elle s'occupa comme à l'ordinaire des soins domestiques; mais à huit heures on la trouva dans la cour en proie à de forts vomissements. Elle paraissait faible et malade. Mise au lit, on lui administra quelques remèdes simples qui parurent la soulager pour un moment. Elle ne se plaignit d'aucune douleur, et ses parents n'avaient conçu aucune inquiétude sur son

état, jusqu'au moment où j'avais été mandé. Dans la matinée elle eut deux selles copieuses quelques minutes avant sa mort ; elle pencha sa tête sur un bassin pour vomir, puis se coucha sur le côté, en disant qu'elle se trouvait mieux. Sa garde, la croyant disposée à dormir, quitta la chambre pendant une demi-heure ; mais à son retour elle lui trouva les traits si décomposés, qu'on m'envoya chercher en toute hâte. Elle avait cessé de vivre lorsque j'arrivai.

Voici les détails que j'obtins de la famille. Le matin du jour où elle succomba, la jeune fille s'était entretenue avec une jeune voisine d'un fait qu'elle avait vu dans le journal relativement à un homme qui, ayant fait de mauvaises affaires, s'était empoisonné avec de l'arsenic. Elle parla aussi de la boutique de l'apothicaire voisin, où elle allait, disait-elle, assez souvent. Le récit de cette conversation fit naître dans mon esprit le soupçon d'un empoisonnement volontaire, soupçon que venait encore fortifier la circonstance suivante : quelques mois auparavant, un aliéné qui demeurait dans la maison avait tenté de se détruire avec du laudanum. Ce fait avait sans doute frappé fortement l'imagination de la jeune fille, et l'avait décidée à accomplir son funeste projet.

L'autopsie fut faite le lendemain de la mort en présence du docteur Evans. A l'extérieur, les viscères abdominaux paraissaient sains ; l'estomac contenait dans son grand cul-de-sac près d'une demi-once d'arsenic en poudre. La membrane muqueuse gastrique était le siége d'une violente inflammation, ainsi que la partie supérieure de l'intestin. Celui-ci était rempli par un liquide blanchâtre, ayant beaucoup de ressemblance avec les déjections caractéristiques du choléra-morbus et d'une odeur toute spéciale.

Un droguiste du voisinage se rappela que, deux jours auparavant, il avait vendu à la défunte une demi-once d'arsenic en poudre, destiné, disait-elle, à détruire les rats. Sa jeunesse et son air de simplicité parurent au marchand une suffisante garantie qu'elle n'avait aucun mauvais dessein.

(*The american journal of med. scienc.* Novembre 1837.)

IV. *Observation de vers dans la vessie urinaire*, par le doct. Harvey CAMBBELL DE JOHNSTOWN. (Connecticut.)—En juillet 1825, je fus appelé pour donner des soins à M. J. Hunter, habitant de cette ville, âgé de soixante-sept ans, et qui depuis trois ou quatre ans, avait de temps à autre des rétentions d'urine de peu de durée. Dans les dernières semaines, la difficulté de l'évacuation de l'urine avait augmenté, et il y avait même obstruction complète des conduits. Jusqu'au moment où je le vis, le malade s'était borné à des soins domestiques qu'il employait de lui-même, et qui l'avaient toujours soulagé. J'évacuai immédiatement par le cathétérisme l'urine accumulée dans la vessie, et, en retirant la sonde, je fus fort étonné de voir adhérer à son extrémité un très-petit ver à tête rouge. Ce ver avait un demi-pouce de longueur; son corps était composé d'un très-grand nombre de petits anneaux cartilagineux; il avait également un très-grand nombre de pieds rangés sur deux lignes sur toute sa longueur. Pendant trois semaines j'employai chaque jour le cathétérisme, et dans cet intervalle de temps je recueillis environ une trentaine de vers de la même espèce. Quelques-uns sortaient par le canal de la sonde, d'autres étaient attachés à l'extrémité de l'instrument, d'autres enfin, mais en petit nombre, sortirent spontanément par l'urètre, lorsque l'on cessa de sonder le malade. Au moyen de l'évacuation régulière de l'urine et des préparations téré-

benthinées, au bout d'un mois la vessie parut débarrassée de ses hôtes incommodes, et ramenée à son état naturel.

Ce cas est remarquable par le fait de la rencontre de vers vivants dans la vessie, malgré l'action destructive que devait exercer sur eux le liquide urinaire. Mais ces animaux étaient très-vivaces et très-vigoureux; il était difficile de les faire périr. L'acide nitrique les tuait en deux minutes; mais ils résistaient à une immersion de deux heures dans l'huile de térébenthine. J'en enfermai deux dans un tuyau de plume que je portai dans ma poche : au bout d'un mois ils étaient aussi vivaces que jamais. Mais je ne puis savoir combien de temps ils auraient pu vivre ainsi, car un jour que je les montrais à un de mes amis, étant à l'air libre, le vent les emporta. Je les perdis, et ne pus continuer mon observation.

(*The american journ. of the medic. scienc.* Novembre 1837.)

V. *Accouchement opéré sans que la mère en eût conscience;* par le docteur LEONHARD. — Madame K., âgée de trente-sept ans, mère de six enfants vivants, et ayant eu trois fausses-couches, devint enceinte pour la dixième fois, et calcula que le terme de l'accouchement tomberait dans la première quinzaine de mai. Au commencement du mois de mars, elle contracta une variole très-grave. Pendant la maladie, on prescrivit un lavement laxatif pour combattre la constipation qui durait depuis trois jours, mais il ne fut pas administré, la malade ayant dit ressentir pendant l'après-midi des envies d'aller à la selle. Elle se leva pour se mettre sur une chaise percée, et eut une évacuation subite et abondante. Mais, comme elle continuait à éprouver quelques envies de rendre des matières, elle resta sur la chaise environ un quart d'heure. Alors, se sentant faible, elle voulut retourner dans son lit; mais, à son grand éton-

nement, elle se trouva retenue par un lien qu'une personne présente reconnut être le cordon ombilical d'un enfant, qui commença à crier dès qu'on le retira du vase dans lequel il était tombé. La mère, qui avait déjà donné le jour à six enfants, ne pouvait en croire ses yeux. Elle n'avait rien senti avant l'accouchement, rien n'avait annoncé pour elle le travail. Le cordon coupé, la femme fut remise au lit, où elle mourut subitement une demi-heure après. L'utérus était contracté; l'arrière-faix était libre dans le vagin; le cordon ombilical, qui y était attaché, avait une aune de long. L'enfant du sexe féminin était bien développé.

L'auteur tire de ce fait les conclusions suivantes : 1° une femme qui a déjà plusieurs enfants peut se tromper sur l'approche du travail; 2° elle peut, sans aucune intention, être surprise dans une position dangereuse pour l'enfant; 3° enfin, elle peut, quoique ayant toute sa connaissance, ne pas avoir conscience d'avoir mis au monde son enfant (1).

(*British et foreign med. Review*. Janvier 1838.)

H. B.

---

(1) Il nous est difficile de croire que l'intelligence de cette femme fût intacte, comme le pense l'auteur de l'observation.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Janvier 1838.)

Rétrécissements organiques. — Constitution microscopique du sang. — Cicatrisation de plaies de tête avec perte de substance aux os du crâne. — Développement centripète du système osseux. — Défibrination du sang considérée comme cause des fièvres graves. — Animalcules microscopiques considérés comme cause efficiente du cancer. — Bandage gypso-amidonné pour les fractures.

Séance du 2 janvier. — *Traitement des rétrécissements organiques.* — M. Béniqué adresse à l'Académie un mémoire dont le but est d'appuyer et de faire revivre un mode de traitement, dont l'idée, toujours prise et toujours abandonnée depuis près d'un siècle, lui a paru renfermer les éléments d'une solution assez rationnelle.

Un tube membraneux est introduit vide dans le rétrécissement, puis distendu par une injection.

Trois objections principales ont fait rejeter ce moyen de la pratique : 1° Difficulté d'agir sur le rétrécissement qui étrangle l'enveloppe membraneuse, et forme, au-dessus et au-dessous de lui, des ventres beaucoup plus nuisibles qu'utiles. 2° Danger de produire une trop grande extension. 3° Impossibilité de maintenir les liquides dans le sac membraneux à travers lequel ils s'échappent rapidement.

A cela on peut répondre :

1° Que rien n'est plus simple que de forcer un tube membraneux gonflé par un liquide à agir sur un point déterminé. Il suffit, en effet, de le soumettre à une forte exten-

sion dirigée suivant sa longueur. Dans ce cas, toute l'impulsion se portera sur le milieu de l'espace compris entre les deux ligatures. On devra seulement mettre ce point en rapport exact avec le rétrécissement.

2° Que la crainte d'exagérer la dilatation est chimérique. Les tubes organiques sont doués d'une élasticité limitée. Dans ce cas particulier, l'allongement qu'on leur a fait subir a épuisé cette propriété dans un sens ; et il est facile de préciser le diamètre au-delà duquel le tube, malgré sa résistance, se déchirera plutôt que de céder.

3° Que si la troisième objection était insoluble à l'époque où on la faisait, elle ne l'est plus aujourd'hui, grâce aux belles découvertes de M. Dutrochet sur les lois qui règlent le transport des liquides à travers les diaphragmes poreux. Injectez l'enveloppe membraneuse avec un liquide dense, et elle empruntera aux liquides ambiants beaucoup plus qu'elle ne leur donnera. La dilatation persistera donc ; bien plus, elle sera augmentée. Mais ce qui me frappe surtout, c'est que cet appareil fournit le moyen de diriger sur le rétrécissement un médicament soluble quelconque, pourvu qu'il ne s'oppose pas aux courants endosmotiques. Il suffit de l'associer en proportion variable, selon son énergie et l'effet que l'on veut produire, au liquide dense qui lui servira de véhicule. De cette manière se trouvent réunies une dilatation mécanique bornée au point du rétrécissement, et une médication appropriée à la nature de la maladie qu'on veut combattre.

Constitution microscopique du sang. — M. Donné fait observer la nécessité d'examiner le sang immédiatement après sa sortie des vaisseaux, afin de pouvoir se faire une juste idée de la constitution des globules qui nagent dans le sérum. Il annonce que cette méthode d'observation lui a permis de découvrir dans la nature des globules du sang

des différences et des caractères demeurés jusqu'à ce jour inaperçus, et qu'il résume en ces termes :

1° Il existe dans le sang trois espèces de particules solides appréciables au microscope, ainsi que l'ont reconnu plusieurs observateurs; ce sont les globules sanguins proprement dits, rouges, circulaires, aplatis, et offrant un point obscur à leur centre; les petits globules attribués au chyle et les globules blancs, sphériques, légèrement chagrinés, un peu plus gros que les rouges et sans apparence de noyau central; ces derniers globules existent en beaucoup plus grande quantité qu'on ne l'avait dit jusqu'à présent, et la propriété qu'ils ont d'adhérer au verre et d'être insolubles dans l'eau, permet de les séparer des globules rouges pour l'observation microscopique;

2° Ces globules blancs sont sphériques dans les animaux qui ont les globules rouges circulaires, et elliptiques chez ceux dont les globules sanguins proprement dits ont cette forme;

3° La proportion des globules blancs varie considérablement dans certaines maladies, et je les ai trouvés, particulièrement dans un cas d'hydropisie cachectique, en nombre vingt fois plus grand au moins que dans l'état normal;

4° Les globules sanguins proprement dits sont également susceptibles d'éprouver des modifications profondes dans leur aspect, dans leur constitution, leur netteté, l'arrangement qu'ils prennent entre eux, etc.; mais ces altérations, ainsi que celles des globules blancs, ne peuvent s'observer que sur du sang pris pendant la vie, au moment même de sa sortie des vaisseaux;

5° Les altérations que le sang peut subir dans les maladies ne portent donc pas seulement, comme les analyses chimiques l'établissent ordinairement, sur la différence de

proportion entre les divers éléments de ce fluide, tels que la fibrine, l'albumine, la matière colorante, etc. Les globules sont aussi le siége de modifications organiques, que l'analyse microscopique permet seule jusqu'à présent d'apprécier.

SÉANCE DU 8. — *Cicatrisation des plaies de tête avec perte de substance aux os du crâne.* — Après avoir exposé sur cet objet sa théorie, étayée de l'expérience et de l'opinion de la plupart des grands anatomistes du dix-septième et du dix-huitième siècle, M. Larrey a mis sous les yeux de l'Académie plusieurs pièces anatomiques et pathologiques qui démontrent positivement que les plaies avec perte de substance aux os du crâne, comme celles des autres os du squelette, ne se ferment ou ne se cicatrisent que par l'allongement, l'amincissement et la rencontre ou la réunion concentrique des vaisseaux ou fibres des bords de ces ouvertures, dans les os larges, et de ceux des extrémités dans les os longs fracturés. Plusieurs des pièces qu'on a vues ayant appartenu à des invalides que M. Larrey avait montrés à l'Académie lors de la lecture de son premier mémoire, ont dû nécessairement jeter la conviction dans tous les esprits sur la vérité de ses assertions. Cependant, afin de faire vérifier de nouveau les phénomènes qui font connaître la marche de la nature pour obtenir l'occlusion des ouvertures du crâne et le vrai caractère de la cicatrice, M. Larrey a présenté encore un autre vétéran, M. Brunot de Rouvre, officier supérieur dans l'un des régiments d'infanterie de la grande armée, lequel fut atteint, à la mémorable bataille de Wagram, 1809, par un éclat d'obus qui lui fractura comminutivement une grande portion des os qui forment le centre de la suture fronto-pariétale. L'extraction que l'on fit au premier pansement des esquilles nombreuses qui

étaient résultées de ce fracas, laissa dans cette partie du crâne une énorme perte de substance, et la dénudation de la dure-mère dans l'étendue de plusieurs centimètres. Une cicatrice dermoïde et membraneuse s'est établie d'abord sur cette grande ouverture; ensuite la nature a opéré graduellement par un travail d'amincissement et d'allongement concentrique des fibres ou vaisseaux partant de ses bords pour se rapprocher, s'aboucher par leurs extrémités, et terminer la cicatrisation, résultat qui n'a pu avoir lieu complètement chez cet honorable officier; car il reste au centre de cette cicatrice large et déprimée, un espace osseux d'environ deux centimètres de circonférence, où l'on sent, à travers l'opercule membraneux un peu endurci qui bouche cette ouverture osseuse, les pulsations des artères cérébrales.

M. Larrey pense qu'il faudra encore de longues années pour que cette ouverture soit complètement fermée.

M. Brunot, comme tous les trépanés que M. Larrey a présentés précédemment à l'Académie, perçoit et distingue parfaitement, par la cicatrice et l'ouverture qui reste au crâne, les sons de la voix de ceux qui lui parlent dans ces directions, bien que ses oreilles soient exactement bouchées. Chacun a été à même de répéter cette expérience.

Développement centripète du système osseux. — Après la lecture du mémoire de M. Larrey, et à l'occasion des vues d'ostéogénie qu'il renferme, M. Serres présente quelques observations sur le développement du système osseux et sur leur application aux maladies dont ce système peut être le siége.

Les os, dit M. Serres, ne se développent point du centre à la circonférence. Cette hypothèse ancienne a été remplacée par la théorie du développement centripète qui

donne la formule générale de l'apparition des noyaux osseux dans le cours de l'embryogénie. Cette apparition première a toujours lieu sur les parties latérales. De ce point de départ, l'ossification gagne de proche en proche les parties centrales de l'os.

De ce principe d'ostéogénie résultent :

1° La loi de symétrie, ou la dualité primitive des pièces centrales et impaires du squelette de l'homme et des animaux ;

2° La loi de conjugaison, ou les règles invariables que suivent dans leur coalescence les noyaux osseux primitifs ;

3° Enfin les maladies dont le système osseux peut devenir le siége, si par une cause quelconque cette règle générale de l'ossification est interrompue dans sa marche. C'est même à cause de l'intérêt pratique qui se rattache à cette manière nouvelle de considérer le développement des os, que je crois utile de réfuter l'hypothèse de leur formation centrifuge.

Après cet exposé succinct, M. Serres se livre à quelques observations savantes qu'il serait trop long de rapporter ici.

SÉANCE DU 15. — *Défibrination du sang considérée comme cause des fièvres graves.* — Dans le troisième volume des leçons de M. Magendie au collége de France, *sur les phénomènes physiques de la vie*, l'auteur s'est surtout proposé d'étudier l'appréciation des phénomènes de la circulation du sang d'une manière exacte et rigoureuse. D'après les expériences de ce professeur, tant que la fibrine existe dans le sang, et qu'elle jouit de la propriété de se coaguler, la circulation persiste normale dans le système des vaisseaux capillaires; mais, dès que cette substance est artificielle-

ment soustraite ou rendue incoagulable par un réactif, la circulation s'altère, et bientôt les tissus offrent des lésions désignées par les pathologistes sous le nom de *lésions locales* qui, dans certains cas, ne sont que la conséquence de l'altération primitive du sang.

M. Serres prend la parole à l'occasion de cette communication, et se livre à quelques observations sur la cause assignée par M. Magendie aux fièvres graves désignées sous le nom de *fièvre typhoïde*, *entéro-mésentérique*, *dothinentérique*, etc.

La médecine ancienne avait placé la cause de ces maladies dans l'altération des humeurs et spécialement du sang. Aujourd'hui on leur assigne pour cause les lésions qui se rencontrent sur l'intestin grêle, telles que la tuméfaction insolite et l'ulcération des plaques de Peyer, ainsi que l'altération des ganglions mésentériques.

« Que chez un chien dont le sang a été défibriné ces lésions intestinales, dit M. Serres, se développent, c'est un fait curieux ; mais il y a loin de là à conclure que la défibrination du sang est la cause première des fièvres graves chez l'homme.

» Il est bien vrai que dans les fièvres graves le sang est défibriné ; mais il n'offre ce caractère qu'à un degré avancé de la maladie. Souvent, dès son début, une pleurésie ou une pneumonie la complique, et, dans ces cas, le sang, loin d'être défibriné, est au contraire plus fibriné que dans l'état normal. Cette fibrination exagérée arrête-t-elle la marche de la maladie ? Nullement. Une expérience malheureuse nous apprend, au contraire, que presque toujours ces complications rendent les fièvres graves mortelles. »

M. Serres ne récuse point les résultats observés chez les chiens, mais il refuse d'en admettre rigoureusement l'application à l'homme. Il fait observer en outre que les alté-

rations intestinales et mésentériques qui constituent le caractère fondamental des fièvres graves ne se manifestent pas dans les maladies où la défibrination du sang est constamment observée chez l'homme, telles que la chlorose, le scorbut, les affections rachitiques, et une foule d'autres maladies analogues.

De ces faits cependant il ne déduit pas la conclusion que la défibrination du sang est tout-à-fait étrangère à la production des fièvres graves ; mais son but est de prouver que si les résultats fournis par l'expérience en pathologie paraissent contradictoires à ceux obtenus par les expériences sur les animaux vivants, c'est à la science à examiner comparativement ces deux ordres de faits, à rechercher quel est l'élément principal qui échappe dans les uns et les autres, et à déterminer par leur comparaison l'influence de l'altération des solides et des fluides sur les fièvres graves.

Animalcules microscopiques considérés comme cause efficiente du cancer.---MM. Bauperthuy et Adet de Roseville, en examinant au microscope les éléments de la matière cancéreuse (squirrhe et encéphaloïde) y ont constamment trouvé des animalcules en très-grand nombre, des débris de tissu cellulaire et de vaisseaux sanguins et lymphatiques, des globules graisseux et sanguins, dont quelques-uns étaient altérés dans leurs formes, et presque tous doubles sur les bords, enfin de petits cristaux.

Les animalcules s'étant toujours rencontrés en grand nombre dans tous les cancers qu'ils ont observés, tant à l'état de crudité qu'à celui de ramollissement, ces deux auteurs se croient autorisés à en conclure que c'est à la présence de ces êtres qu'on doit attribuer le développement du cancer, comme on attribue à celle des acarus le développement de la gale.

La séance du 22 n'a rien offert de relatif aux sciences médicales.

SÉANCE DU 29. *Bandage gypso-amilacé pour les fractures.* — M. Lafargue de Saint-Emilion, qui, dans une lettre précé dente, annonçait avoir reconnu l'avantage de substituer à l'empois employé par d'autres chirurgiens comme substance agglutinative, un mélange à parties égales d'amidon et de plâtre, adresse une observation relative à un cas de fracture dans lequel il a fait usage de la méthode ainsi modifiée. « Le soir même, à six heures, après le pansement, le bandage, dit M. Lafargue, était parfaitement sec, et le lendemain matin le malade put se lever, sans éprouver de douleur, pour que l'on fît son lit. »

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Janvier 1838.)

Bégaiement. — Suite de la discussion sur l'introduction de l'air dans les veines. — Nomination des juges pour le concours de la chaire de pharmacie et de chimie organique. — Présence des élèves égyptiens à l'Académie.

SÉANCES DES 2, 23 ET 30 JANVIER. — *Bégaiement.* — M. Serres (d'Alais) communique verbalement à l'Académie quelques observations sur le bégaiement, maladie dont il est parvenu à se guérir lui-même.

M. Serres reconnaît trois causes principales du bégaiement ; le désordre vocal ou l'inégalité des espaces syllabiques ; l'articulation forcée nécessaire à celui qui parle ; la faiblesse des muscles accessoires de la respiration.

Si l'on mettaitu n intervalle égal entre chaque syllabe,

le bégaiement serait imperceptible. Autrefois, dans les langues anciennes, telles que le grec et le latin, la prosodie ne contribuait pas peu à rendre la parole distincte. Dans les langues modernes, et particulièrement en français, on a suppléé à la prosodie par l'égalité des espaces intersyllabiques. C'est une observation commune qu'on ne bégaie pas en chantant; c'est qu'ici la note, la mesure tient lieu de prosodie. On obtient les mêmes effets de l'attention à faire les syllabes égales.

Il est incontestable que chez le bègue les muscles fasciaux sont dans un état de paresse, contre laquelle il faut toujours lutter. On se fera une juste idée de cet état si on se rappelle les difficultés qu'on éprouve à parler nettement lorsque les muscles de la face sont engourdis par le froid. On est obligé à des efforts sans cesse renouvelés pour vaincre cette apathie : le bègue s'aide du geste; mais le geste du bègue est vicieux. Il faut régulariser la pantomime; il faut qu'il s'habitue à un geste régulier, sans cela la voix est tremblotante, monotone, mal assurée; avec cela elle est égale, facile, nette.

Jusqu'ici on n'a considéré les gestes que dans leurs rapports avec l'*expression* de la pensée. M. Serres la considère dans ses effets sur l'émission des sons, ou, si l'on veut, dans ses effets avec la régularité et l'intensité de la voix. En résumé, une bonne prononciation consiste à rendre la sortie des voyelles et des syllabes régulières, et pour que celles-ci n'absorbent que le temps qu'elles doivent durer, un régulateur est nécessaire, je dis un régulateur physique.

A mesure que le bègue acquiert de la facilité pour parler, le geste lui devient moins nécessaire, et en effet sa pantomime diminue; peu à peu il s'approche de l'homme dont la parole est naturellement libre, facile; enfin il vient

un moment où il trouve son régulateur dans l'intelligence. C'est ainsi que le musicien exercé n'a plus besoin de battre la mesure pour donner aux notes la valeur qui leur appartient. Toutefois M. Serres n'a garde de bannir cette pantomime expressive, qui fait une partie de l'art oratoire; ce n'est pas de celle-ci qu'il parle.

En observant ces principes, en les mettant en pratique d'une manière continue, M. Serres est parvenu à se guérir. Aujourd'hui il lui est impossible de bégayer; mais il faut que son attention soit sans cesse tendue vers la méthode; sans cela il retombe. Il n'y a pas encore long-temps que, malgré les progrès sensibles obtenus au prix d'efforts continus, l'émission de certaines voyelles lui était très-difficile ou même impossible. C'est ainsi qu'il ne pouvait appeler *Antoine*, *Auguste*. Ces mots venaient encore assez bien à voix basse, mais jamais à haute voix. Alors, il tournait la difficulté, et il disait : *Toine*, *Guste*. Enfin la volonté a triomphé de cette difficulté, mais il n'y a que les bègues qui sachent bien tout ce qui en coûte pour vaincre un vice de nature.

Discussion sur l'introduction de l'air dans les veines. — M. Barthélemy a le premier la parole, et assure que la question de la mort comme suite de l'introduction de l'air dans les veines n'est pas nouvelle, et il la reporte vers le milieu du dix-septième siècle.

Quant à ce qui concerne les expériences de M. Amussat sur ce sujet, il en confirme le résultat; mais il voudrait que M. Amussat ne se fût point contenté d'insister sur la réalité de ce fait, mais qu'il eût recherché si l'entrée de l'air est une cause de mort subite, comme le prétendent les chirurgiens, et si la compression brusque et continue de la poitrine peut prévenir ou dissiper l'accident produit. Le long intervalle de vingt à trente minutes qui s'est

écoulé entre le moment de l'introduction de l'air et celui de la mort de l'animal, avec toutes les précautions prises pour assurer le résultat des expériences fait conclure à M. Barthélemy, que l'entrée de l'air dans les veines n'est ni aussi facile, ni aussi dangereuse qu'on l'a avancé.

M. Barthélemy diffère encore de l'opinion de M. Amussat sur la passivité des cavités droites du cœur dans la facilité de l'air à s'introduire dans les vaisseaux, et sur la grande influence qu'il attribue aux mouvements de la poitrine dans la production de ce phénomène. M. Barthélemy est convaincu que ces deux causes y contribuent également. En outre, il ne croit point avec M. Amussat que le phénomène n'est possible que dans la région des ondulations du pouls veineux, et il cite des preuves en faveur de l'opinion contraire.

M. Barthélemy entretient ensuite l'Académie de ses propres expériences, dont le résultat diffère un peu de celui obtenu par M. Amussat. Le phénomène le plus constant et le plus caractéristique qu'il ait observé est l'altération de la respiration.

Existe-t-il des moyens de prévenir les conséquences de l'entrée de l'air dans les veines?

Cette question, d'après M. Barthélemy, n'a nullement été résolue par M. Amussat, et ses expériences n'offrent rien de concluant à ce sujet, parce qu'elles sont peu nombreuses, et que l'introduction de l'air n'étant point essentiellement mortelle, on ne saurait décider si l'animal doit la vie aux moyens employés pour la lui conserver.

Pour appuyer son assertion, M. Barthélemy décrit avec détail ses nombreuses expériences sur l'insufflation et l'introduction naturelle de l'air dans les veines, et sur le rétablissement des chevaux qu'il y a soumis. Il se livre à des réflexions et des conjectures sur la quantité respective de

l'air qu'il a introduit dans leurs veines, et il arrive à cette conclusion, que, si ses conjectures sont vraies, un homme du poids de 136 kilog. ne périrait pas, à moins d'une injection de deux tiers de litre d'air. Or, d'après la rapidité du sifflement qu'on regarde comme le signal de l'entrée de l'air dans les veines, il est impossible d'admettre que ce qui entre d'air dans un si court espace de temps puisse donner la mort. Et s'il n'y a pas danger de mort, à quoi bon les moyens thérapeutiques présentés par M. Amussat et par les autres?

M. Barthélemy ne blâme nullement les compressions brusques et rapides proposées par M. Amussat, mais il les croit totalement insuffisantes. Quant à la sonde de M. Magendie, il la condamne hautement comme inutile et dangereuse.

1. Comment arrive la mort après l'entrée de l'air dans les veines? On a dit que l'air se dilatait, se raréfiait, distendait outre mesure les cavités droites du cœur, et mettait cet organe hors d'état de continuer ses fonctions. Eh bien! cette théorie est fausse de tout point. Premièrement, quand on pratique l'insufflation, l'air restant à peu près à la même température, il n'y a pas moyen de s'en prendre à la dilatation. En second lieu, on injecte quelquefois de l'air chaud, et même au-dessus de la température des corps organisés: ainsi M. Leroy a injecté de l'air à 35 degrés; on conviendra que dans ce cas ce fluide a dû se condenser plutôt que se dilater. Enfin, à part ces exceptions, en prenant l'air atmosphérique à sa température naturelle, on peut estimer que s'il éprouve dans l'intérieur des vaisseaux une dilatation d'un quatorzième, c'est tout.

Qui ne voit que si c'était la raréfaction de l'air qui tue, la mort serait beaucoup plus prompte?

Mais veut-on une preuve sans réplique que l'air ne tue pas par la raréfaction, c'est que, si au lieu d'air on injecte

de l'eau, le résultat est le même. J'ai injecté quatre litres d'eau dans la veine jugulaire d'un cheval, et il est mort presque sur-le-champ.

Enfin, Messieurs, vous m'accorderez peut-être, dit M. Barthélemy, quelque habitude des expériences sur les animaux. Eh bien! j'ai ouvert, j'ai examiné attentivement le cœur des chevaux que je faisais périr du genre de mort dont je parle, et je puis vous assurer que, loin de trouver cet organe dilaté, distendu, je l'ai trouvé souvent souple, flasque, affaissé.

On croit que le cœur s'arrête. C'est encore une erreur; le cœur ne s'arrête pas. Souvenez-vous des expériences de M. Amussat lui-même. Il en est quelques-unes où l'on a ouvert les chiens avant qu'ils eussent rendu le dernier soupir, et l'on a vu le cœur se contracter fort irrégulièrement sans doute; mais les autres fonctions se faisaient encore plus mal.

J'affirme que sur les chevaux on sent le pouls jusqu'à la cessation de la respiration.

Si on explore les veines jugulaires, on les trouve pleines, distendues, résonnant à la percussion comme un tambour d'enfant. Si l'animal tombe, elles se vident, elles se dégagent, elles s'affaissent.

L'air d'ailleurs ne se concentre pas tout entier, comme on l'a dit, dans les cavités droites du cœur; mais il passe, il s'infiltre, il se dissémine dans tout le système vasculaire, et notamment dans la veine porte et dans les veines mésentériques.

Enfin, je crois avoir résolu la question par une expérience. J'ai fait la section de la queue à un cheval, et j'ai injecté de l'air dans l'une des veines jugulaires. A la vérité j'ai vu dans quelques cas le jet du sang s'arrêter, mais l'animal tombait, et à peine était-il à terre que l'hémorrhagie

recommençait de plus belle. Dans quelques cas le sang n'a cessé de couler qu'après l'extinction de la respiration.

Cette expérience, dis-je, me paraît décisive.

Avouez, d'ailleurs, que l'explication qu'on donne de la mort est par trop mécanique. L'air, Messieurs, n'est pas le fluide qui naturellement circule dans le cœur et dans les vaisseaux. Par cela seul, il doit les irriter, les altérer, en troubler la vitalité; le sang lui-même n'en souffre pas impunément le contact et le mélange, sans s'altérer, sans se décomposer, et de là les accidents et la mort.

M. Barthélemy finit par quelques conclusions qui ressortent naturellement de son discours, et remercie l'Académie de l'attention qu'elle lui a donnée.

M. Dubois (d'Amiens) réfute l'assertion émise par M. Bouillaud, dans la première partie de son rapport sur la question qui occupe l'Académie, par laquelle il attribue à Nysten, d'après un passage de cet auteur qu'il cite, les premiers rudiments de l'auscultation; M. Dubois les trouve bien avant Nysten, non-seulement dans Corvisart, mais dans Harvey lui-même, l'auteur de la découverte de la circulation, qui fleurissait au commencement du dix-septième siècle, dans les ouvrages duquel on lit : « Tangentibus pulsum auscultantibus sonitum exhibet. »

M. Dubois examine ensuite la deuxième partie du rapport, et émet son opinion sur une assertion de M. Amussat, que la commission avait à examiner. Cette assertion est que, toutes les fois qu'on ouvre la veine jugulaire d'un animal dans la région du pouls veineux, on est sûr d'entendre un bruit tout particulier, qui trahit l'entrée de l'air dans les vaisseaux ouverts.

Ce bruit est constamment suivi de la mort, et cette mort a lieu au bout d'une ou deux minutes.

De ces diverses propositions, la première est vraie; la

seconde et la troisième le sont souvent, mais il paraît que la mort n'est pas aussi prompte que l'a prétendu notre collègue.

M. Castel établit que la résistance de l'organisme, vaincue par la puissance de l'air qui a été injecté ou qui est entré spontanément dans un vaisseau, est un fait bien constaté. Peut-être faudrait-il s'étonner de ce que l'appréciation des phénomènes et de la terminaison de cette lutte a donné lieu à plus d'une controverse. Toutefois, un autre problème occupe l'Académie. L'air peut-il entrer dans une veine à la suite d'une blessure ou d'une opération, y entrer en assez grande quantité, y faire assez de progrès pour tuer un homme? Ce problème n'a point été résolu par l'observation. Il est insoluble par les expériences, parce que la résistance que les forces vitales opposent aux agents physiques est plus énergique dans l'homme que dans les animaux sur lesquels on expérimente. Cette plus grande énergie vient de ce que dans l'homme le cerveau et le système nerveux exercent plus d'influence sur l'entretien de la vie.

Quant à la part que la commission a attribuée aux poumons, au cœur et au cerveau, dans la mort par l'introduction de l'air dans les veines, M. Castel prétend que la mort commence dans le cerveau lorsque l'air a été introduit dans les artères par le cœur; elle commence par le cœur lorsqu'il l'a été par les veines; mais dans aucun cas elle ne commence par les poumons, qui ne peuvent avoir dans ce cas qu'une action secondaire.

M. Roux prend la parole après M. Castel.

Il y a, dit-il, quatre causes de mort subite, indépendamment de l'entrée de l'air dans les veines:

1° Une effusion soudaine et abondante de sang;

2° L'asphyxie;

3° Une grande perturbation du système nerveux;

4° La syncope.

Reprenons : 1° Une hémorrhagie assez abondante pour faire périr un malade sous le bistouri du chirurgien est chose fort rare, du moins aujourd'hui; autrefois elle l'était moins. Il est arrivé plusieurs fois qu'on a ouvert des anévrismes pour des dépôts, et on avait peine à se rendre maître du sang. D'ailleurs, il a été perdu peu de sang en général par les personnes qui sont mortes de l'entrée de l'air dans les veines.

2° L'asphyxie est encore plus rare que l'hémorrhagie. En effet, cet accident n'est possible que lorsqu'on opère au voisinage des voies respiratoires. Tel était le cas d'une femme que j'ai opérée de la laryngotomie. Une certaine quantité de sang coula dans la trachée; on eût cru que la malade allait périr suffoquée; mais je saisis une sonde que j'introduisis dans ce tuyau, et j'aspirai le sang. Je me souviens que cette partie de l'opération me fit autrefois beaucoup d'honneur, quoique, assurément, rien ne soit plus facile. Mais tel est le sort des chirurgiens, et tel est le public.

3° La perturbation du système nerveux. C'est encore une cause de mort subite assez rare aujourd'hui. Autrefois elle était plus commune après l'opération de la taille, après les grandes douleurs et après les opérations laborieuses. Il faut dire aussi qu'il est des tempéraments fort susceptibles. Cela me rappelle qu'il y a quelques années une femme me fut amenée du fond de la Bretagne pour être opérée. Cette femme, en qui le sentiment religieux était fort développé, avait le désir d'être opérée le plus promptement possible. Elle portait une tumeur au sein. Après avoir satisfait aux devoirs de sa conscience, elle me fit appeler. L'opération fut des plus simples. Elle n'était pas encore ter-

minée, les ligatures des vaisseaux n'étaient pas faites, qu'elle s'évanouit. Je crus à une syncope ordinaire; 36 heures après elle n'était plus. L'ouverture du corps montra la moitié du cerveau dans un état de ramollissement sensible.

4° La syncope. Elle se prolonge rarement au-delà de quelques minutes. Les malades reviennent facilement à l'air frais et sous l'action des aspersions froides. Je l'ai vue cependant durer jusqu'à deux heures sur un enfant à qui j'enlevai une tumeur au front.

Après avoir établi et développé ces propositions, M. Roux en fait l'application à deux cas de mort dont il a cité l'histoire, et prouve que les individus qui y ont succombé n'ont pu périr que par l'introduction de l'air dans les veines. Il se livre ensuite à quelques réflexions sur les explications qu'on a données de ce phénomène, et sur la cause de la mort qui survient dans ce cas.

M. Ségalas a vu une seule fois l'entrée de l'air dans les veines. Voici à quelle occasion. Pendant le procès Castaing il avait entrepris une série d'expériences sur les poisons. Un jour il ouvrit la veine jugulaire d'un chien pour y porter de l'acétate de morphine. Il avait pratiqué, suivant l'usage, une ligature au-dessus de la plaie. La seringue était préparée à l'avance, et il allait la prendre lorsque le petit animal poussa un cri, et tomba raide mort. A l'ouverture, on trouva le cœur droit fort distendu.

M. Ségalas établit ensuite un parallèle entre l'homme et le chien. Il explique comment l'un doit mourir beaucoup plus promptement que l'autre à la suite du même accident. Le chien, dit-il, a le sang beaucoup plus plastique. J'ai coupé plus d'une fois les plus grosses artères, et l'hémorrhagie s'est arrêtée d'elle-même. J'ai fait plus, j'ai arraché la rate et le rein sans m'inquiéter des conséquences de cette mutilation, et les animaux ont survécu plusieurs

jours, plusieurs mois, des années. Croit-on qu'on fît subir les mêmes opérations à l'homme avec la même impunité?

. . . .

Séances des 9 et 16. — *Nomination des juges pour le concours de la chaire de pharmacie et de chimie organique.* — L'Académie procède par voie de scrutin à l'élection de dix candidats, entre lesquels le sort désignera quatre juges et un suppléant. Ces deux séances sont consacrées presque en entier à ces élections. Les dix candidats sont MM. Robiquet, Pelletier, Mérat, Caventou, Boullay, Serres, Soubeyran, Martin-Solon, Planche et Boutron-Charlard.

M. le président met les dix noms dans une urne, et en tire cinq, qui sont proclamés dans l'ordre suivant :

Juges, MM. Boutron-Charlard.
Caventou.
Mérat.
Robiquet.
Suppléant, M. Delens.

Présence des élèves égyptiens à l'Académie. — M. le président annonce que les jeunes Égyptiens envoyés à Paris par Méhémet-Ali pour étudier la médecine, sont présents à la séance, et que, prêts à retourner dans leur patrie, ils ne veulent pas quitter la France sans remercier l'Académie de l'accueil qu'elle leur a fait à leur arrivée.

M. Jomard, directeur de l'établissement égyptien, appelle sur eux la bienveillance de l'Académie, et M. Pariset lui répond au nom de l'Académie, en adressant quelques paroles flatteuses aux jeunes Égyptiens, et en les engageant à montrer en Égypte leur reconnaissance pour la France par leur bonne conduite.

Après cette allocution, un de ces Égyptiens monte à la tribune, et remercie, en son nom et au nom de ses collè-

gues, l'Académie, de la bienveillance qu'elle leur a montrée pendant leur séjour à Paris. Ils se mettent à sa disposition pour les services qu'elle pourrait leur demander lorsqu'ils seront de retour sur leur sol natal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

De la chlorose chez l'homme : discussion sur la question de savoir en quoi la chlorose diffère de l'anémie. — Nouvelles expériences faites à l'Hôtel-Dieu et à la Charité sur l'action antiphlogistique des onctions mercurielles.

M. Tanquerel des Planches demande la parole : Messieurs, dit-il, l'histoire de la chlorose, malgré les travaux des modernes, présente encore un grand nombre de points obscurs sous le rapport de ses causes, de sa nature et de son siége. Ainsi, cette maladie est-elle l'apanage exclusif des jeunes filles parvenues à l'époque de la puberté, ou se montre-t-elle à tous les âges et chez les deux sexes? Partout on dit et on répète que la chlorose peut *quelquefois* se déclarer chez les adultes, voire même chez les enfants et chez les vieillards hommes. Mais examinez les faits sur lesquels repose cette opinion : qu'y trouvez-vous le plus ordinairement? des cas d'anémies qui sont survenus à la suite de maladies chroniques, d'émissions sanguines abondantes, etc. Sans doute que la décoloration de la peau et des muqueuses, et la faiblesse générale, qui constituent l'anémie, se montrent dans tous les âges, et chez l'homme comme chez la femme, à la suite d'altérations organiques profondes, ou de pertes de sang abondantes. Mais la chlorose essentielle diffère de l'anémie : ces deux maladies ne peuvent être confondues; elles ne se ressemblent pour

ainsi dire que par leur extérieur, leur écorce. On ne doit pas plus les confondre qu'on ne confond avec l'hystérie et l'épilepsie les convulsions qui arrivent à la suite de lésions graves de nos organes, ou d'abondantes hémorrhagies. Quelques auteurs cependant ont parlé de chlorose essentielle ou primitive, survenue chez les adultes ; mais ils n'ont, en général, rapporté à l'appui de leur dire aucune observation détaillée avec tout le soin nécessaire. Aussi règne-t-il dans la science une grande incertitude sur la possibilité du développement de la chlorose chez l'homme. Cette obscurité sur un point si important de l'histoire de cette maladie m'engage à publier l'observation suivante, où on la voit apparaître chez un jeune homme.

Coulon (Louis), âgé de vingt-un ans, taille de cinq pieds sept pouces, doué d'une assez forte constitution et d'un tempérament nerveux, ayant assez d'embonpoint, des cheveux châtains et de la barbe en quantité suffisante, entra, le 18 juillet 1836, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 18, service de M. Rayer, pour se faire traiter de palpitations incommodes.

Ce jeune homme, en général enclin à la colère, n'avait jamais été malade ; depuis dix-huit mois qu'il avait embrassé la profession de peintre en bâtiments, il n'avait point éprouvé d'accidents saturnins. Depuis trois à quatre mois seulement, il s'apercevait d'un dérangement notable dans sa santé ; c'était de la faiblesse, des palpitations, de l'amaigrissement, une tristesse inaccoutumée, etc. Du reste, à cette époque, sa nourriture était aussi bonne qu'à l'ordinaire, son travail ne devint pas plus fatigant, il n'éprouva aucune contrariété amoureuse, ne contracta point de rhumatisme, ni ne fut sujet à aucune hémorrhagie ; en

du mot, il ne put, lors de l'invasion de ces accidents, en saisir la cause.

État du malade le 19 juillet. — Cotton est couché nonchalamment dans son lit; il se plaint d'une faiblesse générale; quelquefois, étant levé, il se trouve mal tout-à-coup et tombe en syncope; par moment, il éprouve des bourdonnements ou des sifflements d'oreilles; il se met à pleurer ou à rire sans motifs. L'intelligence est d'ailleurs intacte.

La face offre une espèce de bouffissure, jointe à une grande pâleur, nuancée d'un jaune légèrement verdâtre; les lèvres, les gencives, et surtout la conjonctive et la sclérotique, présentent une décoloration très-sensible, une blancheur extrême; les paupières sont comme infiltrées; les beaux yeux noirs de ce jeune homme ont une expression de tristesse marquée.

Le tronc et les membres ont encore conservé de l'embonpoint et ont même quelque chose de la forme arrondie des femmes; la peau en est également très-blanche et souple.

L'appétit se trouve en grande partie perdu et parfois singulièrement dépravé; la langue a ses caractères physiologiques; la digestion, quoique longue, se fait sans douleur à l'épigastre; il existe habituellement de la constipation; mais le malade n'accuse pas la plus légère douleur dans toute l'étendue du ventre.

Il y a de la dyspnée; on compte 24 inspirations par minute. Des palpitations rémittentes, que le moindre exercice augmente, condamnent le malade au repos. La région précordiale, percutée avec beaucoup de soin, donne un son parfaitement normal dans les limites reconnues pour être celles d'un cœur à l'état physiologique; l'application de la main fait reconnaître facilement les mouve-

ments cardiaques. Les battements de l'organe central de la circulation s'entendent dans tout le côté gauche, et même dans toute la partie antérieure droite de la poitrine. Au premier temps, on entend un bruit de souffle bien manifeste, qui est plus sensible à la base du cœur et vers l'origine de l'aorte que partout ailleurs; ce second bruit semble normal, quoique très-sec et très-clair. Les carotides auscultées nous font découvrir un simple bruit de souffle dans la droite, et un bruit de ronflement ou de diable dans la gauche; les autres artères ne présentent point ce phénomène d'une manière sensible. Le pouls, variable d'un moment à l'autre, est tantôt petit et fréquent, tantôt fort et lent.

Les organes génitaux paraissent en bon état et convenablement développés; on ne peut savoir d'une manière certaine, d'après le dire du malade, s'ils sont suffisamment excités aux plaisirs vénériens ; l'urine, un peu acide, est transparente et presque incolore.

Tous les autres organes de l'économie n'ont subi aucune altération fonctionnelle appréciable.

M. Rayer prescrit une saignée générale de trois palettes.

Le 20 juillet, la saignée offre un caillot d'assez faible consistance, non recouvert de couenne ; la quantité de sérum est considérable ; augmentation de la faiblesse générale et des palpitations. Les jours suivants, on abandonne la maladie à elle-même.

Le 25, M. Rayer ordonne 10 grains de sous-carbonate de fer; il en augmente successivement la dose jusqu'à un gros par jour.

Le 31, une amélioration assez sensible commence déjà à se montrer ; la faiblesse générale devient moins prononcée ; la figure perd un peu de son aspect blafard ; les palpitations fatiguent moins le malade, et les bruits anor-

maux du cœur et des artères ne sont plus aussi marqués. On ajoute à ce traitement un bain sulfureux tous les deux jours ; à l'aide de cette médication, le 18 août Coulon sort de l'hôpital dans l'état suivant :

La figure est animée, vermeille ; les yeux ont recouvré leur vivacité; les chairs sont fermes et la peau sèche; le malade se sent plein de force et d'énergie; les bruits morbides du cœur et des artères ont disparu, ainsi que les palpitations ; le pouls a repris sa régularité ; il y a de l'appétit; le malade va une fois par jour à la garde-robe.

Cette observation, intéressante sous plusieurs rapports, nous montre d'abord un état chlorotique survenu chez un homme, sans cause occasionnelle appréciable. Ainsi, une alimentation insuffisante, les peines morales, les passions contrariées, un développement incomplet des organes de la génération, etc., qui contribuent le plus ordinairement au développement de la chlorose, n'ont point eu, dans ce cas-ci, une influence étiologique sensible.

Peut-on établir quelques rapports de cause à effets entre la profession du malade et l'affection dont il était atteint ? J'ai cherché inutilement des observations de chlorose dans les auteurs qui ont écrit sur la colique de plomb, je n'y ai rien trouvé qui puisse se rapporter à cette maladie. L'examen d'un très-grand nombre d'ouvriers plombiers n'a pu encore me fournir l'occasion d'observer chez eux la série de phénomènes spéciaux qui caractérisent la chlorose. L'exposition aux préparations de plomb détermine dans l'homme une modification de la nutrition, qui pourrait être prise par un observateur peu exercé pour des symptômes de chlorose. Ainsi, les individus qui habitent des ateliers où se dégage une grande quantité de molécules saturnines, par exemple les cérusiers, maigrissent au bout d'un certain temps, perdent leurs forces ; les membres, la

face et le tronc prennent une teinte d'un jaune terreux, sale, et même un coloris analogue à celui de la cire non épurée. Mais cette modification, due au plomb, n'offre point, du côté de la circulation, de la digestion, des membranes muqueuses, des organes génitaux et de l'intelligence, les altérations qui traduisent le plus ordinairement la maladie appelée chlorose. Enfin, si on se rappelle que ce peintre n'avait jamais été atteint de maladies saturnines, on sera encore plus porté à n'établir ici aucun rapport de cause à effet entre le plomb et la chlorose.

Le plus ordinairement, dans la chlorose, on n'entend que dans les artères un bruit de souffle, de diable, etc., sur lequel M. le professeur Bouillaud a, dans ces derniers temps, fixé l'attention d'une manière toute particulière. Ici, ce bruit morbide existait même dans le cœur.

Le traitement qui a triomphé dans le cas que nous venons de rapporter, est celui que l'on emploie le plus ordinairement, le fer. Seulement, on y a ajouté des bains sulfureux, qui concourent, en général, puissamment à relever les forces, et à donner du ton à l'économie, lorsqu'elle en a été privée momentanément par une maladie de longue durée. Enfin, la rapidité de la guérison a encore prouvé quelle heureuse influence cette médication combinée exerce sur la marche de la chlorose.

M. Segond présente quelques observations sur la lecture qui vient d'être faite. Sa conclusion est que le fait rapporté par M. Tanquerel offre l'exemple d'une simple anémie, et ne mérite pas le nom de chlorose.

M. Tanquerel répond que, pour lui, l'anémie est caractérisée par une diminution dans la quantité du sang, tandis que la chlorose est essentiellement et primitivement le résultat d'une modification morbide du sang, consistant surtout dans la soustraction du fer. Cette opinion sur l'essence

différente des deux affections repose sur l'analyse chimique. Des savants, en France et en Amérique, ont trouvé, en effet, une diminution notable du fer dans les principes constituants du sang des chlorotiques, tandis qu'ils n'ont rien trouvé de semblable dans celui des individus anémiques.

Sans doute, ajoute M. Tanquerel, il existe pour la chlorose et l'anémie un certain nombre de caractères communs, tels que faiblesse générale, décoloration de la peau et des membranes muqueuses, défaillances, dyspnée, palpitations, bruits anormaux du cœur et des principales artères, etc. Les organes des sens sont aussi affectés à peu près de la même manière. Ce fait n'a rien d'étonnant pour ceux qui savent que deux causes différentes peuvent produire le même effet. On conçoit très-bien que le sang, en trop petite quantité ou privé d'un de ses principes les plus nécessaires, ne stimule pas convenablement le cerveau.

Doit-on conclure de ces ressemblances apparentes, qu'il y a identité entre les deux maladies? M. Tanquerel le pense d'autant moins, que des différences remarquables s'opposent à cette conclusion erronée. Ainsi, dans la chlorose on observe une bouffissure de la face et du corps qu'on ne retrouve pas dans l'anémie. Le trouble des digestions, dans la chlorose, tient évidemment à la perversion du système nerveux organique, tandis que dans l'anémie, la digestion languit par le manque d'une stimulation suffisante. Dans la chlorose, les fonctions génératrices persistent, quoiqu'avec des modifications particulières et souvent avec exaltation de sensibilité. Mais les anémiques, véritables eunuques, n'ont plus assez de force pour mettre en exercice les organes de la génération. Chez les femmes affectées d'anémie les règles coulent; chez les chlorotiques l'aménorrhée est complète. Dans l'anémie, il y a des urines abon-

dantes; c'est le contraire dans la chlorose. Qu'un anémique se trouve dans un foyer d'infection, il sera l'une des premières victimes de l'épidémie; ce qui n'est pas d'observation aussi certaine pour la chlorose. Enfin, pour terminer ce parallèle, M. Tanquerel après avoir présenté l'anémie comme l'effet ordinaire d'une lésion plus ou moins grave, plus ou moins profonde d'un organe important, et la chlorose comme ayant une existence indépendante d'aucune lésion matérielle des organes, arrive à la différence capitale, suivant lui, celle du traitement. Dans l'une, la chlorose, redonnez au sang le principe dont il est dépouillé, et vous guérirez avec la plus grande facilité; dans l'autre, l'anémie, il faut combattre préalablement toutes les lésions organiques qui en sont la cause, c'est-à-dire qu'il faut mettre en usage tantôt des débilitants, tantôt des fortifiants, tantôt des astringents et quelquefois des calmants.

M. Sandras communique à la Société un autre fait de chlorose observé chez un jeune homme de 20 ans, qui, par suite de privations de tout genre, tomba peu à peu dans un état de faiblesse extrême, accompagnée de la décoloration de la peau et des muqueuses, de lipothymies fréquentes, d'inappétence, d'une grande dyspnée avec trouble manifeste des organes de la circulation, et notamment avec palpitations et bruit de souffle au cœur et dans les principales artères. M. Sandras, après avoir conseillé quelques moyens généraux de traitement qui restèrent infructueux, eut recours au carbonate de fer, administré à la dose de 24 à 36 grains par jour. A dater de cette époque, le malade obtint chaque jour une amélioration sensible qui lui permit de sortir de l'hôpital, où il était resté en traitement pendant environ six semaines.

Plusieurs membres demandent la parole pour combattre quelques-unes des idées émises par M. Tanquerel.

M. Delens pense que l'anémie, comme maladie particulière, essentielle, est une affection beaucoup plus rare que ne semble l'admettre M. Tanquerel; qu'elle ne doit pas être confondue dans une description commune avec la diminution ou l'altération du sang, dépendante d'autres états morbides; que le traitement, d'ailleurs, établit entre ces diverses anémies symptomatiques des différences marquées: ainsi, celle qui dépend de l'étiolement dû à l'habitation de lieux bas, humides, privés de lumière, disparaît dès que le malade se trouve placé dans des conditions opposées; celle qui tient à l'abus des débilitants, de la saignée, ne réclame guère qu'une bonne alimentation; celle qui est liée à la chlorose disparaît rapidement sous l'influence des ferrugineux, si utiles aussi dans cette anémie des mines d'Anzin, dont Hallé nous a tracé l'histoire; tandis que celles qui résultent d'altérations organiques profondes ne résistent que trop souvent, comme elles, à la plupart de nos moyens thérapeutiques. Enfin, chez certains individus, une faiblesse native peut engendrer, dans quelques cas, une sorte d'état scorbutique qu'entretiennent et augmentent bientôt les hémorrhagies qui surviennent, que peut contribuer aussi à aggraver un traitement mal entendu, mais que les toniques et les antiscorbutiques proprement dits font aisément disparaître.

A l'appui de cette dernière assertion, M. Delens communique l'observation suivante :

M. C..., âgé de 45 ans, petit de taille, grêle, d'une constitution faible, était en proie depuis six ans, à l'époque où je devins son médecin, en 1822, à une diarrhée presque habituelle et à des épistaxis très-abondantes, séparées d'abord par des intervalles de plusieurs mois et précédées alors de congestion vers la tête. Ces épistaxis s'étaient peu à peu rapprochées au point de devenir presque journalières, par-

sives et très-affaiblissantes. Aussi le malade avait-il beaucoup maigri depuis un an; ce qui joint à une débilité générale toujours croissante, à une anaphrodisie déjà ancienne et à une petite toux devenue presque habituelle depuis l'hiver, finit par lui donner de sérieuses inquiétudes. Le médecin, qu'il avait consulté jusqu'alors, préoccupé de l'idée d'un état pléthorique et même d'une tendance à l'apoplexie, avait cru devoir respecter ces hémorrhagies et diriger le traitement dans un sens tout débilitant. Cependant des ecchymoses légères commençaient à se montrer sur presque toutes les parties du corps, où elles se sont succédées ensuite assez long-temps. Les gencives, sans être fongueuses, offraient un cercle sanguin à leur point de contact avec les dents. Le malade rendait souvent par la bouche du sang mêlé avec la salive, et le sang des épistaxis devenait de jour en jour plus pâle et plus séreux. Consulté en avril 1822, je prescrivis une décoction de ratanhia acidulée avec du suc de citron, des frictions avec l'alcool camphré, l'inspiration d'une décoction de noix de galles, l'usage alimentaire du cresson; j'aurais voulu y joindre l'habitation à la campagne et une vie plus active; mais la fortune du malade ne permettait pas de l'enlever à ses occupations habituelles. Ces moyens n'eurent pas d'abord d'effet bien marqué. Les épistaxis s'éloignèrent, il est vrai; mais, une qui survint deux mois après et qui dura toute une journée malgré l'emploi des révulsifs, des réfrigérants et des astringents, produisit un grand état de faiblesse. Le sang était vermeil et assez consistant. Peu après, il se manifesta un peu d'infiltration aux jambes; l'un des doigts qui s'était gonflé, offrit une tache noire formée par du sang accumulé sous l'épiderme : celui-ci ayant été enlevé, le derme parut noir et d'une odeur désagréable. Il n'y avait ni douleur, ni trace d'inflammation. Deux jours après, il s'était développé des

bourgeons charnus; les parties environnantes étaient violettes; la cicatrisation tarda peu. A cette époque le malade fut mis à l'usage du vin antiscorbutique à haute dose, d'une décoction de deux gros de quinquina gris acidulée avec le suc de citron et d'un colutoire avec l'eau-de-vie de gayac. Un mieux sensible s'est promptement manifesté; les épistaxis, le dévoiement, les tâches scorbutiques, la toux ont successivement disparu. A la fin d'août, le malade éprouvant quelques symptômes de congestion vers la tête, quinze sangsues furent appliquées au siége et avec soulagement. Le traitement, momentanément suspendu alors, fut repris ensuite et avec un tel succès, qu'à compter de ce moment M. C... n'a plus éprouvé aucun des accidents qui l'avaient si long-temps tourmenté. Sa constitution s'est peu à peu affermie. Il a pris de l'embonpoint, et il est aujourd'hui, malgré ses soixante ans, beaucoup plus fort qu'à l'époque où remonte l'observation présente.

M. Jolly établit, contrairement aux assertions de M. Tanquerel, que l'anémie essentielle et la chlorose doivent être considérées comme une seule et même affection qui peut bien offrir quelques nuances ou variétés de formes, relatives aux âges, aux sexes, aux tempéraments, mais nulle différence de nature ou de caractères anatomiques et physiologiques.

En effet, dit M. Jolly, l'anémie et la chlorose se manifestent constamment sous les mêmes influences étiologiques, telles que l'air humide et marécageux, les évacuations excessives, une vie molle et oisive, une alimentation vicieuse ou purement végétale, des affections morales tristes, les suites d'un amour malheureux, les abus de la masturbation, etc. Toutes deux aussi affectent la même marche, présentent les mêmes symptômes, tels que faiblesse générale, décoloration universelle des tissus, céphalalgie, étour-

dissements, sifflements et bourdonnements d'oreilles, palpitations, dypsnées, défaillances, bruits anormaux du cœur et des principales artères, nausées, vomissements, dyspepsies, etc.; toutes deux, enfin, cèdent aux mêmes moyens de traitement.

Comme on n'a point analysé le sang des anémiques d'Anzin, qui nous offrent l'exemple le plus authentique de l'anémie considérée comme maladie essentielle, on ne peut établir comme caractère différentiel des deux maladies, l'absence du fer dans la chlorose, sa présence à l'état normal dans l'anémie. Mais, ce qui reste bien prouvé du moins, c'est que le fer fut le seul moyen de guérison dans l'anémie d'Anzin, comme il est le seul spécifique de la chlorose. Par conséquent, nous pourrions, à plus juste titre, invoquer contre M. Tanquerel le témoignage qu'il nous oppose : *morborum naturam ostendit curatio.*

M. Tanquerel signale comme une différence fondamentale entre les deux maladies la bouffissure de la face et du corps dans la chlorose et l'amaigrissement plus ou moins sensible dans l'anémie. Mais, outre que le fait ne nous semble pas suffisamment établi, nous aurions encore à lui opposer, s'il pouvait être constaté, la différence de tempérament dans les deux sexes, lequel prédispose la femme plus que l'homme à l'œdématie, et l'homme plus que la femme à l'émaciation ; car il n'est personne pour qui il ne soit bien démontré que les maladies chroniques, en général, et la phthisie pulmonaire en particulier, n'amènent jamais le même degré de marasme dans la femme que dans l'homme, dans l'enfant que chez le vieillard. Je ne crois donc pas que la circonstance dont il s'agit puisse constituer un caractère différentiel entre les deux maladies.

Je ne sais pas, non plus, continue M. Jolly, si M. Tan-

querel est très-fondé à avancer que les individus anémiques placés dans un foyer épidémique sont bien plus exposés que les chlorotiques à contracter la maladie régnante. Pour moi, je ne pense pas qu'ils aient plus de titres les uns que les autres à l'immunité en cas d'épidémie; de même que je ne crois pas plus au privilége de la puissance génitale des chlorotiques que je ne crois à l'impuissance des anémiques.

Quant aux caractères anatomiques, ils sont encore, suivant nous, les mêmes pour les deux maladies, c'est-à-dire qu'ils sont nuls dans la chlorose essentielle comme ils étaient nuls dans l'anémie d'Anzin. Que si M. Tanquerel a voulu parler de l'anémie symptômatique ou résultant de quelque lésion directe des organes d'hématose, du foie, du poumon, du cœur, nous lui répondrons encore que les mêmes lésions peuvent également coexister avec la chlorose; et cela est si vrai, que beaucoup d'auteurs ont écrit que la chlorose a pour cause organique un engorgement du foie ou de la rate (Ethmuller, Sauvages).

Ainsi donc nous ne pouvons voir entre la chlorose et l'anémie qu'une similitude parfaite de causes et une analogie complète de symptômes, en un mot, une véritable identité de nature entre les deux maladies.

M. Tanquerel. Ainsi que j'ai eu occasion de le dire, on a fait comparativement l'analyse du sang des chlorotiques et des anémiques (1). J'en ai lu plusieurs exemples dans le

(1) Hufeland, v. Osann, *Journal encyclopédique des sciences médicales*, janvier 1836. Fœdisch a fait l'analyse chimique du sang d'un individu affecté de chlorose.

Le sang d'un jeune homme à l'état de santé contenait dans 100 parties :

Cruor.	Sérosité.	Fibrine.	Fer.	Eau.
13,611	8,801	2,460	0,880	74,248.

travail de M. Lecanu. Chez les premiers, ce sont, je le répète, les éléments ferrugineux du sang qui sont en trop faible quantité. Chez les anémiques, les éléments respectifs du sang sont dans des proportions convenables, mais ce liquide n'est pas en quantité suffisante.

J'insiste aussi sur les bouffissures qui me semblent être l'attribut des chlorotiques, et dont plusieurs auteurs ont parlé. Si l'on soumet au même observateur un anémique et une jeune fille chlorotique, on ne pourra méconnaître les caractères différentiels que j'ai indiqués : on a, d'ailleurs, soumis à l'usage des préparations martiales des anémiques qui n'ont tiré aucun avantage de ces préparations qui sont d'un usage si bienfaisant chez les chlorotiques.

M. Montaut. Je crois que la chlorose est due à la diminution des éléments ferrugineux du sang; l'anémie à celle de la partie cruorique. Chef de clinique dans le service de M. le professeur Bouillaud, je suis à même d'observer cette seconde affection. Quand le sang des malades, soumis aux saignées coup sur coup, marque à l'aréomètre de Beaumé 4 ou 5 degrés au lieu de 6 à 7 qu'il présente dans l'état normal, on constate, en même temps que les autres symptômes de l'anémie, un bruit de soufflet continu (ou de diable) dans les artères carotides.

Le sang d'une femme à l'état de santé contenait :

Cruor.	Sérosité.	Fibrine.	Fer.	Eau.
12,400	8,601	2,511	0,301	75,687.

Le sang d'un malade chlorotique contenait :

9,141	9,261	0,640	0,330	80,628.

M. Lecanu (tome XLV, *Annales de chim. et de phys.*, 1830) dans son Mémoire sur le sang, a prouvé que le fer fait partie de la matière colorante du sang ; et puisque dans la chlorose les globules rouges du sang ont diminué, il faut administrer un médicament capable d'augmenter ces globules, à savoir, les préparations ferrugineuses.

M. Chailly a eu souvent l'occasion d'observer l'anémie à la suite de blessures qui avaient déterminé une grande déperdition de sang. Ce qui l'a le plus frappé, dans ces cas, c'est l'existence d'une espèce particulière de fièvre intermittente dont les accès se renouvelaient chaque soir. Les débilitants augmentaient les accidents. Quoique ayant eu sous les yeux un grand nombre de filles chlorotiques, il n'a jamais observé rien de pareil chez celles-ci. M. Chailly ne nie pas les bons effets des préparations ferrugineuses dans la chlorose; mais il pense, d'après des faits nombreux, que le chlorure de soude est dans ce cas un médicament aussi puissant que le fer.

M. Nonat. N'ayant pu assister à la discussion qui fut soulevée à l'occasion du travail de M. Serres d'Uzès sur l'emploi des onctions mercurielles, j'ai demandé la parole pour faire connaître à la Société les résultats que j'ai obtenus par ce moyen dans le service qui m'est confié à l'Hôtel-Dieu :

1° Plusieurs érysipèles de la face traités par les onctions mercurielles ont suivi leur marche accoutumée; cependant, il m'a semblé que la résolution s'est faite un peu plus promptement qu'à l'ordinaire dans les points sur lesquels les onctions ont été pratiquées. Mais l'érysipèle n'en continuait pas moins à se propager d'un point dans un autre et de parcourir toutes ses périodes.

2° L'érysipèle ambulant, quel que fût le lieu qu'il occupait, n'a été que faiblement influencé par les onctions mercurielles.

3° Chez deux malades atteints d'un érysipèle phlegmoneux très-intense, je fis faire des onctions mercurielles à la dose de deux ou trois onces par jour. Après le troisième jour de ce traitement, l'inflammation avait conservé la même intensité. Dans l'un de ces cas, je fis appliquer un

vésicatoire sur toute l'étendue de l'érysipèle. Le vésicatoire prit d'une manière incomplète, et le lendemain il s'était déjà formé une vaste collection purulente. Dans l'autre cas, les frictions mercurielles furent employées seules. La maladie s'est également terminée par suppuration.

Trois malades atteints d'un phlegmon circonscrit furent traités par les onctions mercurielles. Deux fois, j'obtins de l'amélioration. Mais, la résolution étant incomplète, je suspendis les onctions mercurielles et j'eus recours au vésicatoire volant. Dans ces deux cas, le vésicatoire eut un plein succès. Dans le troisième cas, les onctions mercurielles ont amené seules la résolution.

Je traitai par le même moyen trois malades affectées d'un engorgement inflammatoire de la fosse iliaque, survenu à la suite des couches. Dans ces trois cas, la résolution s'opéra d'une manière rapide sous l'influence exclusive des onctions mercurielles. On sait combien il est difficile, malgré le traitement antiphlogistique le plus actif, d'empêcher cet engorgement de se terminer par suppuration. Ce serait donc un remède bien précieux, dans ces cas si graves, que les onctions mercurielles, si d'autres observateurs obtenaient de ce moyen les mêmes effets dans les mêmes circonstances.

Plusieurs malades affectés de rhumatisme articulaire aigu furent soumis au même traitement. Dans quatre cas, les onctions mercurielles ont procuré du soulagement aux malades et ont paru hâter la guérison. Dans deux cas où le rhumatisme était accompagné d'une fièvre ardente, les onctions mercurielles ayant augmenté les douleurs, je fus obligé de renoncer à leur emploi. Dans un dernier cas, le rhumatisme occupait principalement le genou droit. L'articulation malade était douloureuse et remplie de liquide. Les onctions mercurielles furent suivies d'un soulagement

très-prompt. Deux jours après leur usage, le genou était peu gonflé et à peine endolori. Je dois ajouter, d'abord, que des sangsues appliquées sur la partie malade n'avaient produit aucune amélioration; je dois dire, ensuite, qu'il n'y a point eu de métastase sur une autre articulation.

Les onctions mercurielles m'ont réussi dans plusieurs cas de péritonite simple; mais elles m'ont semblé inutiles toutes les fois que la péritonite était compliquée, soit d'une phlébite, soit d'une lymphangite utérine.

D'après les résultats que j'ai obtenus, les onctions mercurielles peuvent être utiles pour combattre certaines phlegmasies, mais elles ne sauraient remplacer les médications qu'on a coutume de leur opposer. Ainsi, quand un érysipèle dépend d'un état pléthorique ou d'un état bilieux, il faut avant tout combattre ces deux états morbides. En vain les onctions mercurielles seront-elles employées contre un érysipèle ambulant. La maladie continuera sa marche et parcourra toutes ses périodes. Au contraire, lorsque l'inflammation de la peau ou du tissu cellulaire n'est pas entretenue par un état morbide général, les onctions mercurielles peuvent produire de bons effets.

L'onguent mercuriel étant formé d'un corps gras et de mercure, il était nécessaire de rechercher quelle était l'action des corps gras sur les affections que l'on conseille de traiter par les onctions mercurielles. En conséquence, j'employai l'axonge toute seule contre l'érysipèle fixe ou ambulant et le rhumatisme articulaire aigu. Ce corps gras procura du soulagement aux malades. Il eut surtout pour effet de diminuer la douleur. Mais je n'ai pas remarqué que la durée de la maladie eût été sensiblement abrégée.

D'après cela, il n'est pas douteux que l'axonge ne produise quelques-uns des effets qu'on attribue aux onctions mercurielles; aussi, dans l'érysipèle simple ou ambulant,

dans le rhumatisme articulaire aigu intense, les onctions avec l'axonge me paraissent préférables aux onctions mercurielles.

M. Sandras. Depuis que la Société s'est occupée de la question des onctions mercurielles, quatre érysipèles se sont offerts à mon observation dans le service dont je suis chargé à l'hôpital de la Charité. Trois de ces érysipèles étaient dans des conditions telles, que c'eût été compromettre un procédé thérapeutique que de l'expérimenter dans de pareils cas. L'un était un érysipèle phlegmoneux qui devait se terminer par suppuration. Les deux autres étaient de ces érysipèles simples, dont la terminaison favorable et rapide est, qu'on me passe cette expression, presque absolument inévitable. Mais le quatrième érysipèle était comme un type sur lequel une expérimentation sage devait conduire facilement à une conclusion. C'était un érysipèle développé sur le bras autour d'un ancien vésicatoire; il offrait tous les caractères de ce qu'on a nommé érysipèle ambulant, et des lignes rouges, longues, droites, sur les marges du mal local, indiquaient une tendance égale à s'étendre vers le haut et vers le bas. Je profitai de cette disposition pour faire enduire la moitié supérieure d'onguent mercuriel double et la moitié inférieure d'axonge. Toutes les précautions furent prises pour que les corps expérimentés fussent continuellement remplacés s'ils étaient par hasard abstergés. Trois jours de suite, les mêmes moyens furent employés avec les mêmes précautions, et tout cela n'empêcha ni la maladie de marcher et de s'étendre en haut comme en bas, ni la malade de souffrir. L'érysipèle marcha comme si on n'avait rien fait, et la malade demanda instamment à être débarrassée de ces onctions. Si un exemple ne suffit pas pour faire loi, celui-ci me paraît néanmoins devoir prendre dans la ques-

tion une assez grande importance à cause du soin avec lequel il a été choisi, et de l'exactitude avec laquelle toutes les précautions recommandées ont été prises.

M. Tanchou n'a pas eu à se louer des effets des frictions mercurielles faites à la partie interne des cuisses ou sur les lombes, pour combattre des engorgements inflammatoires du corps ou du col de la matrice. Ces frictions ont augmenté les douleurs et ont déterminé la salivation.

M. Duparcque a eu occasion de soigner un assez grand nombre de *phlegmasia alba dolens*. Pendant long-temps, il mit en usage, tantôt isolément, tantôt simultanément, d'autres fois successivement, les différents moyens qui composent le traitement antiphlogistique. Il a multiplié l'application des vésicatoires, il a employé la compression au moyen du bandage roulé, il a mis en usage des résolutifs variés. Toujours il a vu la maladie se prolonger deux, trois, quatre mois et plus. Mais, depuis deux ans qu'il a eu recours aux frictions mercurielles, il a obtenu la résolution en douze ou quinze jours, à dater de l'emploi de ce moyen. Ces effets ont été constants chez les cinq malades qu'il a traitées de cette manière; mais il doit dire qu'il a racheté cet avantage d'une résolution rapide au prix d'une salivation abondante, laquelle rendait les malades très-souffrantes pendant quinze à vingt jours.

RÉCLAMATION.

A M. le professeur Cayol.

Monsieur,

J'ai dit à la Société de médecine, il y a déjà quelques mois, que la guérison des tubercules pulmonaires était moins rare que ne le pensent la plupart des médecins. J'ai

ajouté que, parmi les trois modes de guérison suivis par la nature, savoir : les cicatrices cartilagineuses sur lesquelles Laënnec a beaucoup insisté, la production d'une nouvelle muqueuse tapissant la caverne, et le passage des tubercules à l'état crétacé, c'est ce dernier mode qui est incomparablement le plus fréquent. Ne parlant que de ce que j'ai vu, je n'ai rien dit de la résorption pure et simple du tubercule, quoique je la regarde comme très-probable.

La *Revue médicale* du mois de décembre 1837, qui a donné le compte-rendu de la séance où j'ai exposé ces faits, contient (pag. 465) une note signée de vous, dans laquelle vous exprimez cette opinion, que les concrétions crétacées, que vous avez vous-même rencontrées fréquemment chez les vieillards, ne sont pas le résultat de la guérison de tubercules proprement dits ou de leur passage à un état qui les fait cesser d'être dangereux. Pour vous, ces dépôts de matière crétacée seraient le produit direct d'une sorte de sécrétion anormale, accompagnant ou suivant la formation des cartilages accidentels qui constituent les anciennes cicatrices pulmonaires.

Nous sommes donc d'un avis différent sur ce point important d'anatomie pathologique, ou plutôt sur l'interprétation qu'on doit lui donner.

Lorsque le collaborateur de Bayle et de Laënnec combat, en termes aussi précis, une proposition émise par moi, ne pas répondre, ce serait, de ma part, passer condamnation ; or, c'est ce que je ne puis faire dans la circonstance présente. Le fait que j'ai avancé est certain. L'interprétation que je lui donne me semble, encore aujourd'hui, parfaitement en harmonie avec tout ce que nous savons sur les tubercules ; elle me paraît, en outre, d'une application utile à la pratique.

Quoiqu'on n'ait pas encore suffisamment étudié l'évolu-

tion du tubercule dans toutes les périodes de son existence, on sait, et j'ai eu souvent l'occasion de le vérifier, qu'il commence par un très-petit corps, d'un gris rougeâtre, transparent, communiquant avec les parties voisines à l'aide de filaments qui paraissent être des vaisseaux extrêmement déliés, quoique apercevables à l'œil nu Plus tard, ces tubercules rudimentaires perdent de leur transparence et prennent un aspect plus ou moins jaunâtre à mesure qu'ils s'accroissent. Parvenus à leur état parfait, ils se comportent de deux manières différentes : ou bien, et c'est malheureusement le cas le plus ordinaire, ils se terminent par suppuration ; ou bien, entourés d'un kyste, ils passent à l'état crétacé, c'est-à-dire qu'au lieu d'offrir à l'analyse chimique 98 parties environ de matières animales et 2 parties environ de matières salines, comme dans leur état de crudité, ils perdent, par l'absorption des portions devenues liquides, 94 parties de matières animales, et présentent alors 96 parties de matières salines et 4 seulement de matières animales (Thénard). Le vide que laisse le tubercule, ainsi diminué de volume, est comblé par de la mélanose souvent en grande abondance au sommet des poumons anciennement affectés de tubercules. La partie supérieure de la séreuse pulmonaire, devenue semi-cartilagineuse, est souvent plissée, rétractée à la manière de la peau qui recouvre une glande mammaire squirrheuse ; enfin, pour qu'il ne reste aucun doute sur la réalité de cette terminaison du tubercule, on a vu, et j'ai vu moi-même, des tubercules offrant, tout à la fois, du liquide purulent, des grumeaux caséiformes et de la matière crétacée.

Est-ce à dire qu'on ne voie jamais se réaliser l'hypothèse mise en avant par Laënnec, savoir : que, dans les cas où la nature travaille à la cicatrisation d'une caverne tuberculeuse, la surabondance de la matière calcaire destinée à

la formation des cartilages accidentels peut être telle, qu'il s'en forme des dépôts dans le poumon? Je ne voudrais pas l'affirmer, quoique cette espèce d'extravasation de la matière calcaire me paraisse devoir être excessivement rare, si tant est qu'elle ait lieu de cette manière. Pourquoi la rencontrerait-on presque exclusivement au sommet des poumons, siége ordinaire des masses tuberculeuses? Comment se rendre compte de son existence quand on l'observe, ce qui n'est pas rare, sans aucun travail de cicatrisation actuel ou antérieur? Pourquoi serait-elle à peu près constamment renfermée dans un kyste? Pourquoi cette rétraction des parties ambiantes? Pourquoi ce dépôt de matière mélanique? Toutes ces difficultés disparaissent si l'on admet qu'en même temps que s'opère la cicatrisation d'une caverne, ou indépendamment de cette circonstance, des tubercules, isolés du tissu pulmonaire par un kyste, subissent les changements que j'ai indiqués et cessent ainsi d'être nuisibles.

Si j'attache, Monsieur, autant d'importance à vous faire partager ma conviction à ce sujet, c'est que la chose me paraît d'un haut intérêt pour la pratique.

Il m'est, en effet, démontré par le relevé de faits constatés par moi, en présence de plusieurs élèves, et notamment de MM. Guéneau de Mussy et Laurence, que, chaque année, on peut observer à la Salpêtrière au moins *trente cas* de guérison de tubercules par l'un des trois modes signalés. S'il en est ainsi, et la chose me paraît incontestable, il y a là un grave sujet de réflexions pour les médecins. Peut-on croire que, imbus de l'idée que la phthisie tuberculeuse est nécessairement funeste, ils se soient toujours suffisamment appliqués à procurer au malade toutes les conditions les plus favorables à la guérison? N'ont-ils pas, au contraire, donné, dans ce cas, un nouvel exemple du danger de cette

théorie des maladies organiques, qui paraît avoir été conçue bien plus dans l'intérêt du perfectionnement de l'anatomie pathologique que dans l'intérêt des malades? Il est temps, Monsieur, de renoncer au traitement routinier de l'affection tuberculeuse dont l'hygiène publique doit s'attacher à préserver les populations, et que le médecin praticien doit combattre à l'aide de moyens mieux appréciés et moins rarement inutiles.

Vous connaissez, Monsieur, les principaux motifs de ma manière de voir, laquelle, d'ailleurs, est celle de MM. Broussais, Andral, Lombard de Genève, Roche, et d'un grand nombre d'autres médecins recommandables. Homme de progrès, vous ne refuserez pas votre appui à une doctrine qui s'appuie sur des faits positifs et tend à ouvrir de nouvelles voies à la thérapeutique. C'est le désir, je n'ose pas dire l'espérance, de

Votre très-humble et très-obéissant serviteur,

PRUS.

RÉPONSE.—Notre honorable confrère, M. Prus, prêche ici un converti, ou plutôt un homme qui n'est pas à convertir. Nous admettons avec Laennec, avec M. Prus, avec tous les médecins qui ont suivi les progrès de la science, que la guérison des tubercules pulmonaires peut avoir lieu suivant les divers modes indiqués dans la lettre de M. Prus: cicatrices cartilagineuses, membranes muqueuses accidentelles, passage des tubercules à l'état crétacé, nous connaissons et apprécions tous ces faits pathologiques; nous n'avons pas dit (ce nous semble) un seul mot, dans la note du mois de décembre, ni ailleurs, qui puisse autoriser M. Prus à nous prêter une opinion contraire. Et à cet égard nous ne saurions lui faire une meilleure réponse que de le renvoyer à

notre *Clinique médicale*, notamment à la page 102. Il y verra qu'à propos de cinq cas de guérisons plus ou moins complètes de phthisies pulmonaires tuberculeuses, nous rappelions, d'une part, les procédés admirables dont la nature se sert pour opérer ces guérisons, et de l'autre les médications diverses que nous avions employées avec le plus de succès pour seconder les efforts de la nature médicatrice. Sur tout cela il n'y a donc pas sujet de contestation.

Mais nous avons dit, dans la *note*, qu'il n'est rien moins que prouvé que les concrétions crétacées soient TOUJOURS le résultat de la guérison de tubercules proprement dits. Nous pensons en effet, ou plutôt nous savons, d'après des observations multipliées, que la matière crétacée ne se forme pas seulement dans les tubercules, les mélanoses et les cartilages accidentels : cette matière, comme tous les autres produits de sécrétions anormales ou pathologiques, peut aussi être déposée primitivement dans divers tissus organiques naturels, dans le tissu cellulaire sous-séreux, dans les tendons, dans les fibro-cartilages articulaires, dans les ganglions lymphatiques, etc. C'est surtout dans les glandes bronchiques des vieillards, et dans le tissu pulmonaire lui-même, au sommet ou à la racine des poumons, qu'on l'observe assez souvent par petites masses ou collections, enkystées ou non enkystées, et quelquefois sans aucun mélange de matière tuberculeuse.

Nous avons dit aussi, et c'était là l'objet principal de la *note*, que ces concrétions crétacées se rencontrent assez souvent dans les poumons de vieillards qui n'ont eu dans le cours de leur vie aucun symptôme de phthisie pulmonaire, et qui sont morts d'apoplexie ou par toute autre cause. C'est uniquement sur l'interprétation ou la qualification de ces derniers faits que porte la dissidence. Ces vieillards étaient-ils ou avaient-ils été phthisiques ? Oui, suivant l'a-

natomo-pathologisme ; non , suivant le vitalisme hippocratique. Voilà toute la question. M. Prus ne l'ayant pas abordée dans sa lettre, nous prenons acte de ce silence, et nous disons que *nos remarques subsistent*, comme on en poura juger en relisant notre *note* du cahier de décembre, que nous croyons inutile de répéter.

CAYOL.

VARIÉTÉS.

NOUVELLES SCIENTIFIQUES ET MÉDICALES.

Refus de concours de l'Institut aux comités historiques.— Nomination à la chaire d'hygiène de la Faculté.—Société de prévoyance des médecins de Paris.

Refus de concours de l'Institut.—Ainsi que nous l'avions fait pressentir (1), il y a eu dans les 5 Académies de l'Institut un soulèvement d'opinion , une sorte de *houra* général contre la création des comités historiques. Les 5 bureaux se sont réunis au nom de leurs Académies respectives pour délibérer sur un projet de protestation collective. Chacun des membres en particulier fulminait contre la mesure ministérielle ; mais, lorsqu'il a été question de se prononcer publiquement, quelques *honorables* se sont souvenus des ménagements qu'ils avaient à garder envers le ministre, dispensateur suprême des sinécures, des fonds d'encouragement, des petites pensions secrètes, etc. On a donc molli, on s'est un peu radouci, et la plume *doctrinaire* d'un 221, bel esprit célèbre, s'est trou-

---

(1) Voir le précédent cahier de la *Revue*, page 156.

vée là fort à propos pour rédiger un *refus de concours* le plus poli ou le moins désobligeant possible, dont voici l'analyse fidèle :

«.... Attendu que l'arrêté ministériel, portant création de cinq comités historiques, est illégal en ce qu'il *porte atteinte aux droits des diverses Académies qui ont été déterminés par des lois*...... LA RÉUNION DES BUREAUX ESTIME QU'IL N'EST BESOIN, POUR L'INSTITUT, DE RÉCLAMER CONTRE LEDIT ARRÊTÉ...., *et qu'il suffit que les Académies s'abstiennent du concours qui leur est demandé ou offert par le ministre,... en n'acceptant pas la responsabilité des travaux faits en dehors de leur sein, en ne se chargeant pas de nommer à des places vacantes dans des comités créés par délégation ministérielle,...sauf la faculté qu'a tout membre des Académies de prendre part individuellement aux travaux de ces comités, s'il le juge convenable....* »

Deux Académies, celle des sciences morales et l'Académie française, sont à peu près désintéressées dans cette affaire, attendu qu'elles n'ont pas d'attributions qui puissent être envahies par les comités. Aussi paraissent-elles devoir adhérer purement et simplement à l'avis des bureaux. Il n'en est pas ainsi des trois autres. L'Académie des beaux-arts s'occupe d'un mémoire qui traitera à fond la question, et conclura, dit-on, par une protestation énergique. L'Académie des inscriptions et belles-lettres paraît être dans les mêmes dispositions ; mais nous apprenons en ce moment même la mort de son secrétaire perpétuel, M. le baron Sylvestre de Sacy, et il y a lieu de croire que ce funeste événement va suspendre pour quelques jours ses délibérations. Enfin, on nous assure que l'Académie des sciences s'occupe aussi d'une protestation.,. Nous saurons ce qui aura été fait d'ici au mois prochain, et nous ne manquerons pas d'en informer nos lecteurs.

Nomination à la chaire d'hygiène de la Faculté.— Le brillant

concours que nous avons annoncé s'est terminé par la nomination de M. Hippolyte Royer-Collard, chef de division au ministère de l'intérieur d'abord, puis au ministère de l'instruction publique, et membre de l'*Institut ministériel* récemment créé par M. de Salvandi! Lorsque la coterie dirigeante de la Faculté voulut faire arriver M. Rostan, *les titres et services antérieurs*, appréciés à huis-clos, étaient tout dans le concours; les épreuves publiques ne figuraient que pour la forme. Lorsqu'il a été question, pour nommer M. Hyppolite Royer-Collard, de le faire passer sur le corps des docteurs Guérard, Requin, Trousseau, Piorry, etc., les titres et services antérieurs n'étaient plus rien : il ne fallait pas même être médecin pour devenir professeur à la Faculté de médecine; car M. Hyppolyte Royer-Collard n'était connu que comme chef de division au ministère. En fait de médecine, nous savons qu'il l'avait désertée dès le lendemain de son admission, et qu'un peu plus tard il avait été reçu *le dernier* au concours de l'agrégation. Voilà tout ce que nous lui connaissons de *titres antérieurs*. Si nous venions à en découvrir d'autres, nous les publierions bien volontiers. Ici les faits parlent assez clairement, toutes réflexions seraient superflues. Contentons-nous d'admirer la puissance et les vertus merveilleuses du *népotisme doctrinaire!*

Association de prévoyance des médecins de Paris.

L'assemblée générale annuelle de cette association a été tenue dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, sous la présidence de M. Orfila, le dimanche 21 janvier 1838.

Il résulte du compte-rendu par M. le docteur Gibert, secrétaire général, qu'un capital inaliénable d'environ 22 mille francs, fournissant un revenu annuel de 1,000 francs, est acquis à la société, et suffit presque à ses dépenses or-

dinaires, en sorte que toutes les recettes de l'année viendront accroître l'avoir de l'association.

En effet, suivant le tableau dressé par les soins de M. le trésorier, il n'a été dépensé cette année en secours qu'une somme de. . . . . 640 fr.

Et en autres frais de toute espèce, que. . . . 425 fr.

Total. . . 1065 fr

tandis que les recettes, non compris le revenu en rentes sur l'état, se sont élevées à environ 5,000 fr.

Tableau *de la Situation de la caisse de l'Association, du* 1er *janvier au* 31 *décembre* 1837.

RECETTE.	DÉPENSES.	BALANCE GÉNÉR.
fr. 4,008 cotisations. 969 admissions. 500 rentes, 1er semestre. 287 restant du dernier compte. —— 5,764 total.	fr. 640 secours. 600 allocation au trésorier. 425 frais divers, impressions etc. 2,744 cotis. } pr achat 969 adm. } de rent. —— 5,378 total.	fr. 386 reste en caisse. —plus, 500 f. 2e sem. de rentes échu. 5,378 portés en dépenses. —— 5,764

L'assemblée a voté l'impression de ce compte-rendu, et sa distribution à tous les médecins de Paris.

Dans cette séance, M. Orfila a été réélu *président*, M. Fouquier, *vice-président*, et M. Gibert, secrétaire-général.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Recherches médico-physiologiques sur l'électricité animale, suivies d'observations et de considérations pratiques sur le procédé médical de la neutralisation électrique directe, notamment appli-

quée au traitement de l'ophthalmie, de l'érysipèle de la face, de la céphalalgie, de la migraine, de l'insomnie, des dérangements de la menstruation, des affections rhumatismales, de quelques affections névropatiques, etc.; par J.-F. COUDRET, docteur-médecin de la Faculté de Paris, etc. — 1 vol. in-8° avec planches. Prix, 7 fr. pour Paris, et 8 fr. 50 c. pour les départements.

Le système nerveux est sans contredit l'élément organique prédominant de notre économie. C'est en lui que beaucoup de pathologistes ont cru trouver le premier mobile des phénomènes morbides dans la plupart des maladies soit aiguës, soit chroniques. L'électricité a l'influence la plus directe et la plus évidente sur ce système; beaucoup d'expériences même tendent à prouver que l'action nerveuse peut développer des phénomènes électriques, et réciproquement, que l'action électrique peut, dans certains cas, suppléer ou simuler l'influx nerveux.

M. Coudret, fort d'une érudition et d'une pratique fécondées par le raisonnement, va plus loin encore et regarde comme démontrée, au moins rationnellement, l'analogie, si ce n'est même l'identité, de la puissance nerveuse et de l'électricité.

Sans chercher à pénétrer aussi avant dans les mystères de la vie, au moins est-il impossible de ne pas reconnaître que des phénomènes électriques se développent dans le jeu des fonctions de notre économie, et que l'électricité a une influence très-prononçée sur l'accomplissement de ces fonctions, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie.

Dès-lors, rien de plus rationnel et de plus médical que de chercher à fonder un système de thérapeutique sur l'électricité, principalement dans les cas où les méthodes de traitement usuelles offrent peu d'efficacité. Mais jusqu'ici les physiciens et les médecins s'étaient uniquement occupés de communiquer diversement de l'électricité à nos tissus (et, par conséquent, agissaient toujours en déterminant une stimulation sur notre économie); personne, jusqu'à M. Fozembas, habile chimiste de Bordeaux, n'avait encore eu l'heureuse idée de chercher à soustraire cette électricité, et par conséquent d'opérer sur notre corps une action sédative. Et pourtant, comme le dit avec juste raison notre auteur, rien n'est plus ordi-

naire et plus commun dans les troubles de l'économie animale, que cet état de souffrance, de sur-excitation vitale où le stimulus électrique pèche bien plus par excès que par défaut, et où il est par conséquent bien plus utile d'en diminuer que d'en augmenter l'abondance et l'action.

C'est à l'occasion d'un érysipèle à la face dont il était atteint en janvier 1833, que M. Fozembas eut la première idée de l'application aux tissus enflammés d'un appareil propre à soustraire l'électricité, comme le moyen le plus sûr d'apaiser la douleur et de combattre l'inflammation dans sa source. M. Fozembas obtint de ce nouveau genre de remède un soulagement subit et une amélioration que n'avaient encore pu lui procurer les ressources ordinaires de la médecine.

M. Coudret a particulièrement constaté les avantages thérapeutiques de cette méthode toute spéciale, dans certaines ophthalmies, dans certaines douleurs ou irritations, soit simples, soit compliquées de la tête, dans beaucoup de cas d'insomnie, avec ou sans fièvre, dans un grand nombre d'affections aiguës ou chroniques liées à l'aménorrhée ou à la disménorrhée : dans la migraine, le rhumatisme, les névralgies, etc.

D'ailleurs, quoique l'auteur regarde comme démontrée la réalité du concours de l'action électrique dans la production des principaux phénomènes de la vie, et surtout l'activité de l'intervention de cette puissance dans le développement des phénomènes relatifs à la sensation, à l'irritation et à la douleur..., il n'en conclut pas que l'application des procédés électriques doive toujours être préférée aux remèdes ordinaires. Seulement il croit que ceux-ci, dans les cas où ils sont employés exclusivement, agissent souvent d'une manière plus ou moins analogue à celle de l'électro-moteur médical lui-même.

C'est ainsi que les émissions sanguines, en faisant perdre instantanément à l'économie une plus ou moins grande quantité des éléments réparateurs de son électricité, tendent naturellement par là à rendre sensiblement moins active la reproduction de ce dernier fluide, ainsi que l'excitation organique qui en résulte. Les cataplasmes, les lotions émollientes, les bains, par leur propriété conductrice et absorbante de l'électricité, sont aussi éminemment pro-

pres à modérer localement l'état électrique de nos organes, et par conséquent à en combattre physiologiquement l'irritation. Mais l'intervention de l'électro-moteur peut seule mener à la solution directe de la question relative à la nature de la cause intime de l'irritation, et, par conséquent, sous le rapport de la physiologie et de la pathogénie, cet électro-moteur offre un moyen précieux d'investigation.

Nous ne décrirons point ici l'appareil instrumental aussi simple qu'ingénieux dont se sert M. Coudret, nous ne prendrons pas la peine de copier les faits nombreux et intéressants qu'il rapporte comme exemples, nous nous abstiendrons surtout de reproduire des considérations importantes, mais dont l'enchaînement et le développement doivent être étudiés dans l'ouvrage de M. Coudret. Sans doute nous n'adoptons pas, comme axiomes, certains points de doctrine fort susceptibles de controverse, et que M. Coudret fonde pourtant sur des considérations physiologiques de l'ordre le plus relevé. Peut-être même serions-nous assez disposés à laisser échapper quelques réflexions critiques sur l'enthousiasme qu'il montre pour les théories de l'école de M. Broussais...; mais, comme livre neuf et curieux, comme objet d'études intéressantes et de réflexions sérieuses, comme occasion de recherches spéciales dans une voie thérapeutique presque neuve encore, nous croyons devoir mentionner d'une manière toute spéciale les *recherches médico-physiologiques* de M. Coudret sur l'électricité animale, et appeler sur l'œuvre consciencieuse de ce savant et ingénieux médecin toute l'attention des praticiens qui savent apprécier la valeur en médecine d'un système nouveau, rationnel, et facilement applicable.

G.

Mélanges de médecine et de chirurgie pratiques, par M. Alfred Liegard, D.-M. P.—Caen ; chez Pagny, imprimeur et éditeur, 1837, 1 vol. in-8° de 400 pages.

Le livre que vient de publier M. le docteur Liégard n'est pas un de ces ouvrages de parti où la science se trouve à chaque instant ramenée à des questions d'amour-propre d'auteur. C'est un recueil d'observations intéressantes par les sujets qu'elles traitent et par les

réflexions pratiques qui les accompagnent. L'auteur a très-bien compris qu'il est temps de faire trève ou même de renoncer entièrement aux spéculations hypothétiques. Il a senti la nécessité d'appuyer sur des faits bien observés chacune de ses assertions. Nous l'en félicitons. On n'a que trop de tendance aujourd'hui à se montrer plutôt ingénieux que sévère observateur, et quand on s'est fait un nom, à n'invoquer d'autre autorité que celle de ce nom. Aussi, pour être encore peu connu dans la science, M. Liégard n'en a pas pour cela moins de droits à notre confiance, moins de titres à nos suffrages.

Ce n'est pas que nous acceptions comme rigoureusement exacts tous les principes émis dans cet ouvrage. Non; il en est plusieurs qui nous paraissent contestables, et d'autres déduits peut-être prématurément d'un trop petit nombre de faits. Entrons dans quelques détails.

Un chapitre est consacré au traitement *prompt et facile* des affections rhumatismales. Les observations rapportées par M. Liégard déposent en faveur de sa méthode, dont le titre sans cela pourrait paraître un peu ambitieux. Deux malades guéris en un jour, un en quatre, un autre en trois ! Ce sont là sans doute de très-heureux résultats. Mais les spécifiques sont chose rare, et on ne doit les accueillir qu'avec réserve. Aussi est-il à désirer qu'on répète ces essais, afin de voir si les succès se soutiendront, et si, après avoir tant de fois échoués contre le rhumatisme, les narcotiques méritent d'être réhabilités comme une héroïque médication anti-arthritique et anti-névralgique.

Quoi qu'il en soit, voici la formule de la mixture employée par M. Liégard dans le traitement des affections rhumatismales et névralgiques, comme aussi dans le traitement de la chorée, de l'hystérie et de presque toutes les névroses.

Eau distillée de laitue.	2 gros de chaque.	
— de laurier-cerise		
Extrait de belladone. . .	6 grains.	
— de jusquiame.. . .	8 grains.	
— de stramonium. . .	10 grains.	
Thridace.	15 grains.	(m s. a.)

On donne de 6 à 10 gouttes de cette mixture dans une ou deux cuillerées d'eau pure, deux ou trois fois par jour, et l'on applique sur

les points douloureux un cataplasme arrosé d'une ou deux cuillerées à café de la même mixture, qu'on renouvelle trois fois par jour. « Plusieurs fois, dit l'auteur, dans des maux de dents très-violents, avec carie, il m'a suffi de prescrire quelques gouttes de cette mixture à l'intérieur, d'en appliquer entre la joue et les gencives, au moyen de coton qui en était imbibé, et de recouvrir la joue du côté malade d'un cataplasme *arrosé*, pour voir, peu de temps après, la douleur cesser entièrement. »

M. Liégard accorde une grande confiance aux frictions mercurielles dans le traitement des fièvres cérébrales. Il est vrai qu'il recommande de les employer dès le début de la maladie, tandis que d'ordinaire on n'y a recours que dans la dernière période. Plusieurs observations très-remarquables sont rapportées par l'auteur à l'appui de ses préceptes et de ses convictions.

Le chapitre consacré aux hernies inguinales et crurales renferme de très-judicieux préceptes. Seulement je n'ai pas bien compris comment l'instrument proposé par M. Liégard pour le débridement de la hernie crurale, met à l'abri du danger des hémorrhagies. Est-ce parce que ses deux bords sont peu tranchants? Mais le bistouri à dents de J.-L. Petit remplit le même objet. Est-ce parce qu'il fait une incision double? Mais les incisions multiples proposées par Scarpa me semblent aussi avantageuses.

Je crois donc que les louables efforts de M. Liégard n'ont point encore résolu la difficulté.

Après un exposé critique des principales méthodes proposées pour le traitement des rétrécissements de l'urètre, l'auteur se prononce en faveur de la cautérisation. Il a fait subir quelques modifications au procédé généralement adopté. Je ne sais pas jusqu'à quel point elles sont importantes.

On ne sera pas surpris de voir M. Liégard s'élever contre le préjugé qui veut que toute personne atteinte de cataracte aille se faire opérer à Paris, ou attende la visite de chirurgiens ambulants de la capitale. Les raisons qu'il apporte sont sans doute excellentes; peut-être cependant paraîtraient-elles meilleures encore si M. Liégard n'exerçait pas en province. Mais, au reste, il est juste de reconnaître que le préjugé n'existerait pas si l'on trouvait partout des praticiens aussi judicieux et aussi expérimentés que M. Liégard.

C. James.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE.

(*Mars 1838.*)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR

L'AUSCULTATION ARTIFICIELLE,

OU ESSAI D'UNE MÉTHODE NOUVELLE POUR APPRENDRE L'AUSCULTATION ;

PAR J. E. PETREQUIN,
D.-M.-P., chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Présenté en 1837 à la Société de médecine de Paris, et imprimé par décision de cette Société.)

Parmi les méthodes d'investigation qui ont le plus contribué à perfectionner l'étude physique des maladies, le premier rang est dû sans contredit à l'auscultation et à la percussion qui ont porté à un si haut degré de précision le diagnostic des affections de la poitrine et de l'ab-

domen. Pour ne parler ici que du thorax, qui ne sait qu'avec ce secours on parvient à différencier les altérations morbides, à en préciser le siége et les limites, à en diagnostiquer la nature, à en suivre la marche, et que l'on peut ainsi proportionner les moyens thérapeutiques à l'étendue et à l'intensité des désordres?

Mais ce sont là des connaissances pratiques que les livres seuls ne peuvent donner; dans les écoles où tous les moyens d'instruction abondent, on peut toujours arriver à les acquérir; sous un professeur habile, une longue habitude clinique en aplanit les difficultés. Mais, loin des maîtres de l'art, et même souvent sans aucun guide, comment parvenir à la notion exacte de ces procédés si complexes, de ces nuances si délicates et si difficiles à saisir? Si les circonstances obligent à *commencer* ses études loin des écoles, faudra-t-il être condamné à renvoyer cette étude à l'époque plus ou moins éloignée où l'on viendra les terminer dans une faculté? Il serait par trop malheureux de rester ainsi privé des moyens de mettre à profit pour l'auscultation toutes ses premières années. Les chaires de clinique ne sont pas très-multipliées; hors de là, la jeunesse médicale, sans guide, n'a rien qui la dirige, et c'est le sort d'un grand nombre des élèves de province.

Lorsque, au sortir de la lecture de Laënnec, on s'arme pour la première fois du stéthoscope (1), et qu'on appli-

---

(1) « Celui, dit Dance, qui ausculte une première fois une poi» trine saine ou malade, n'entend rien bien distinctement, ou bien » s'il discerne quelque bruit, il ne sait à quoi le rapporter. Il ma» nifeste l'embarras qu'entraîne toujours une sensation nouvelle et » par là même confuse.» (Diction. en 25 vol., 1833, III-396.)

que l'oreille sur le pavillon du cylindre, on perçoit une foule de bruits divers qui se mêlent, se voilent ou se confondent, et qu'on ne sait à quoi rapporter. Cette première tentative, loin de rien vous apprendre, souvent vous décourage; après plusieurs essais de ce genre, ou vous vous lassez de recourir à un mode d'investigation qui fatigue à la fois le malade et l'explorateur, et qui n'amène aucun résultat; ou, si vous poursuivez cette voie, que d'erreurs, de mécomptes et d'entraves vous attendent! Il faut avoir passé par ces difficultés pour se faire une idée des peines qu'on éprouve (1) et des obstacles qu'on rencontre à chaque pas; car *il faut presque inventer de nouveau l'auscultation.*

Si l'élève persiste, et qu'il parvienne même à acquérir seul assez d'habitude pour distinguer un peu les bruits pulmonaires et se hasarder à porter un diagnostic, qui l'assurera qu'il rencontre juste et qu'il est toujours dans la bonne voie? Peut-être tous ses efforts vont-ils n'aboutir qu'à le remplir d'erreurs (2); mieux vaudrait alors qu'il jetât l'instrument de côté; plus il marche, plus il recule; tous ses pas l'éloignent de la vérité.

Je fus saisi de cette crainte lorsque j'entrepris seul l'étude de l'auscultation; il me fallait un moyen simple qui

(1) « Je dois prévenir l'élève, écrit Dance, que plusieurs difficultés l'attendent dans cette étude.» (Dict. en 25 vol., art. *Auscultation*, 111-396.)

(2) « Parmi les signes de l'auscultation, il en est qui se présen» tent avec des nuances et des modifications assez grandes. Ces cas » sont encore trop complexes pour l'élève; il devra bien prendre » garde de se faire des idées fausses sur chacun de ces phénomènes, » et surtout de prendre la pectoriloquie douteuse pour celle qui est » évidente, et réciproquement.» (Dance, ibid., 111-397.)

ne me laissât pas la possibilité d'une erreur, et qui m'apprît de suite les rapports de la lésion avec les bruits stéthoscopiques qui l'accompagnent. Les réflexions suivantes me conduisirent à la découverte d'un procédé facile qui satisfait à ces conditions :

La respiration est une fonction mécanique; la plupart des phénomènes qui se passent dans l'acte respiratoire sont tout physiques; les bruits qu'ils font entendre dans l'état sain, comme dans l'état de maladie, ne doivent pas tenir uniquement à la vie, et peuvent peut-être se reproduire après la mort. J'imaginai donc d'ausculter artificiellement des cadavres, et j'entrepris à Lyon, en 1832, plusieurs séries d'expériences sur l'auscultation et la percussion; je ne dirai rien ici de spécial sur ce dernier mode d'investigation, des recherches fort bien faites ayant été publiées sur ce point.

Pour aller du simple au composé, je commençai d'abord par explorer des poumons détachés, tantôt sains, tantôt malades; puis je pratiquai l'auscultation artificielle sur le cadavre, et enfin je m'occupai des moyens de produire la résonnance de la voix et de la toux. De ces expériences, je ne choisirai qu'un petit nombre, me bornant à rapporter brièvement ici celles qui sont indispensables pour faire comprendre la marche que j'ai suivie, et l'ensemble des résultats que donne l'auscultation artificielle.

§ I. *Auscultation de poumons détachés.*

1re SÉRIE D'EXPÉRIENCES. *Bruit vésiculaire.* — J'enlevai avec précaution des poumons sains de manière à ne

pas déchirer la plèvre pulmonaire; j'adaptai un soufflet à la trachée-artère, et j'imitai avec soin les temps inégaux de l'inspiration et de l'expiration, avec leur rhythme. Je ne pus percevoir le bruit vésiculaire que lorsque le poumon fut assez bien développé; en appliquant alors l'oreille sur l'organe, j'entendis le bruit soyeux de l'expansion pulmonaire comme sur l'homme sain vivant. Ce résultat fut constant.

2ᵉ Série. *Bruits tubaires ou bronchiques.* — J'imaginai d'injecter successivement dans les bronches des liquides de densité différente, et j'eus la satisfaction d'obtenir, d'une manière assez nette, plusieurs des râles tubaires qui se font entendre sur le vivant dans le catarrhe bronchique. Il me restait à voir si, sur des poumons malades, j'arriverais à des résultats aussi satisfaisants.

3ᵉ Série. *Râle crépitant, souffle bronchique.* — Je me procurai le cadavre d'un homme mort d'une pneumonie aiguë; je détachai les poumons avec précaution, et j'opérai ensuite comme je l'ai indiqué. J'eus également la satisfaction d'entendre du râle crépitant et du souffle bronchique. Je ne perçus pas d'abord le murmure respiratoire; mais, après un nouvel examen, j'observai que, sur les bords de l'hépatisation rouge, je pouvais discerner les bruits vésiculaires, crépitants et bronchiques. Les râles tubaires étaient tour à tour sibilants ou sonores suivant l'état des mucosités.

Dès lors fut établie la possibilité de l'auscultation artificielle.

Une remarque que j'avais faite dans ces premières expériences m'expliqua une cause d'illusion qui se manifeste dans ce mode d'expérimentation, et m'apprit à en triom-

pher. Après un certain temps, les sons semblent s'obscurcir et se confondre ; les bruits bronchiques couvrent tout. Il importe de se servir d'une sorte de soufflet à piston qu'on puisse exactement fermer et ouvrir à volonté ; il sert à aspirer les fluides dont on se débarrasse en les faisant écouler à mesure, et la perméabilité des conduits aériens ramène la netteté des sons. Plus tard, souvent ils s'engouent de nouveau ; il paraît que les mucosités des plus petites bronches sont expulsées de proche en proche comme durant la vie ; elles se réunissent et s'accumulent à la longue dans les troncs d'embranchement ; deux ou trois coups de piston par intervalle les font disparaître.

Il ne faut pas oublier non plus que, dans l'agonie, il se produit souvent une écume qui encombre les dernières ramifications de l'arbre aérien, et qui pourrait, si l'on n'en était prévenu, induire en erreur dans les premiers instants de l'auscultation artificielle.

Une autre précaution utile à prendre, c'est d'employer un soufflet dont la capacité ne soit pas trop grande proportionnellement à celle de la poitrine, et dont les mouvements soient très-doux pour ne pas couvrir les signes stéthoscopiques qu'on cherche à obtenir.

§ II. *Auscultation artificielle du cadavre.*

Après ces essais, je passai à l'auscultation artificielle du cadavre. Je pratiquais la laryngo-trachéotomie ; j'adaptais hermétiquement le bec du soufflet à la trachée-artère, et je manœuvrais ensuite avec les précautions que j'ai indiquées. J'employais tour à tour l'auscultation médiate et immédiate, mais de préférence cette dernière ;

je dois dire que je m'exerçais à expérimenter sur des cadavres dont j'ignorais complètement l'histoire pathologique.

4ᵉ Série. *Bruit de l'expansion vésiculaire.* — Sur plusieurs cadavres, dont les poumons étaient sains, je réussis à entendre distinctement le bruit soyeux de l'expansion vésiculaire.

5ᵉ Série. *Signes de l'hépatisation rouge.* — C'était le cadavre d'une vieille femme : le thorax était assez sonore partout, sauf à gauche, en arrière, vers le milieu de sa hauteur ; la matité était fixe ; de ce côté, la respiration n'était pure nulle part. Ce n'était point un engouement cadavérique, car il aurait dû s'étendre à toute la partie postérieure des deux poumons, comme étant la plus déclive, et n'aurait pu du moins se limiter exactement dans un seul point. J'entendis d'ailleurs du râle crépitant, mais seulement pendant quelques épreuves ; c'était une hépatisation rouge récente, avec un peu d'engouement dans le reste du poumon, ce qui explique l'obscurité du bruit respiratoire.

6ᵉ Série. *Hydro-thorax.*— Cadavre d'un vieillard : le thorax, développé, offrait un son mat des deux côtés ; on n'entendait que des bruits bronchiques profonds, sans expansion vésiculaire distincte. Je pensai à un hydro-thorax double, et l'autopsie, faite à l'instant, démontra la vérité de ce diagnostic.

7ᵉ Série. *Hépatisation rouge et grise ; hydro-thorax circonscrit.*— Cadavre d'un militaire jeune et robuste : à droite, thorax en avant offrant un son plus mat en haut qu'au milieu et en bas ; le cadavre étant assis et penché en avant, la matité en arrière diminue jusqu'au milieu. L'auscultation

artificielle ne me fit point entendre d'expansion vésiculaire distincte; il y avait en haut du souffle bronchique (1) et du râle crépitant, de même qu'en bas. J'annonçai une hépatisation, et une pleurésie avec épanchement peu considérable. L'ouverture montra que le poumon, vers son sommet, était à l'état d'hépatisation grise; vers son milieu, à l'état d'hépatisation rouge, et engoué en bas. Il y avait un peu de liquide dans la plèvre *qui ne parut pas enflammée.*

A gauche, la respiration n'était pas pure, mais mélangée de râles muqueux ténus, analogues au râle sous-crépitant faible; la percussion dévoila une matité mobile suivant les positions du sujet. Je soupçonnai une pleurésie avec épanchement, ce qui était en effet.

Cette expérience montre qu'on pourrait reconnaître sur le cadavre une pneumonie à différents degrés, que l'hépatisation grise ne donne pas de râle crépitant, et qu'un hydro-thorax peut coexister avec une pneumonie sans inflammation spéciale des plèvres. Elle éveilla aussi mon attention sur la possibilité du déplacement du liquide, et sur les signes fournis par une pleurésie circonscrite.

---

(1) Il me semble qu'il y a erreur dans le reproche suivant que Dance adresse au célèbre inventeur de l'auscultation : « C'est à tort » que Laennec a avancé que dans le deuxième et le troisième degré » de la pneumonie il y avait absence complète du murmure respira- » toire. On n'entend point, à la vérité, la respiration vésiculaire, » mais on entend encore la respiration bronchique.» (Dance, art. *Auscultation*, ibid., 111-408.) — Le bruit qu'on appelle improprement *respiration bronchique* n'est point le murmure respiratoire; c'est du souffle tubaire; la véritable respiration se caractérise par le bruit de l'expansion vésiculaire.

8ᵉ Série. *Vestiges d'une pleurésie ancienne, guérie.* — Cadavre d'un homme d'un âge mûr : le thorax était généralement sonore; la respiration s'y faisait assez bien. Je remarquai que le côté gauche paraissait rétréci; la courbure thoracique y était moins prononcée; à droite, la poitrine était légèrement bombée; je diagnostiquai une ancienne pleurésie qui n'avait laissé d'autres traces que des adhérences générales. Tout cela fut reconnu à l'autopsie, qui confirma ce fait que la cavité thoracique se rétrécit du côté où a existé une inflammation de la plèvre compliquée d'épanchement et terminée ensuite par résolution.

9ᵉ Série. *Phthisie tuberculeuse, avec deux cavernes.* — Les deux poumons donnaient un son mat à leur sommet, surtout le droit, où la matité descendait un peu en arrière; la respiration ne se faisait pas en haut, il n'y avait que du souffle bronchique sans crépitation. J'entendis quelques bruits tubaires, et, à droite, du râle muqueux. Le sujet était un jeune militaire fort, pourvu d'assez d'embonpoint et bien conservé. J'hésitai long-temps; mais, remarquant que plusieurs ganglions du cou étaient indurés, je soupçonnai qu'il pourrait bien y avoir aussi des tubercules crus au sommet des poumons.

Il y en avait en effet; mais je trouvai, de plus, deux petites cavernes à moitié vides, d'où provenait sans doute l'espèce de gargouillement qu'on avait pris pour du râle muqueux. Il n'y avait pas d'autres tubercules ramollis.

10ᵉ Série. *Bruit amphorique.* — Cadavre d'un enfant qui avait une déviation de l'épine. La percussion était assez sonore, sauf en arrière où il y avait un peu de matité. Je n'entendis d'abord que la respiration; mais je ne tar-

dai pas, après deux ou trois épreuves, à apercevoir nettement le bruit amphorique. J'examinai alors l'extérieur du sujet, et je découvris l'orifice d'une fistule située vers l'angle sacro-vertébral. J'auscultai de nouveau, et je retrouvai le son que Laënnec a nommé amphorique. Je m'aperçus que l'air sortait par l'ouverture lombaire. J'ouvris le cadavre : il y avait une phthisie vertébrale, dont le produit liquide, amassé au-devant de la colonne, avait fusé derrière le diaphragme et sur les côtés du psoas jusqu'à la crête iliaque, où il s'était ouvert une issue. Le premier foyer avait irrité la plèvre, qui était devenue le siége d'une phlegmasie circonscrite à laquelle le poumon avait participé à la longue; il avait fini par se perforer, ainsi que les deux séreuses costale et pulmonaire; et il s'était établi un conduit fistuleux tel que l'air, introduit par le larynx, allait s'échapper en partie par l'orifice sacro-iliaque. Je trouvai aussi des tubercules crus épars dans le parenchyme pulmonaire, et dont aucun signe n'avait fait soupçonner l'existence.

J'omets ici nombre d'expériences qui nous forceraient à des répétitions sans rien apprendre d'important, et quelques infidélités de diagnostic qui tenaient à un peu de précipitation ou à un défaut d'habitude, et qu'il serait sans utilité de rapporter.

§ III. *Production artificielle de la voix et de la toux.*

Il me restait un grand problème à résoudre, c'était d'explorer la voix et la toux dans la poitrine du cadavre. Évidemment, pour cela, il fallait auparavant les y introduire; la difficulté était donc de les produire, et de les y

faire entendre. La forme anatomique des bronches y opposait un obstacle que je désespérai long-temps de pouvoir surmonter : véritables culs-de-sac qui représentent des conduits à une seule ouverture, elles ne laissent presque pas pénétrer les sons et leur permettent peu de vibrer. Aussi, vainement parlai-je dans un cornet engagé dans l'arrière-gorge, dans un tube de verre qui pénétrait dans le larynx, dans un entonnoir métallique qui plongeait dans la trachée-artère; il eût sans doute fallu aux sons articulés pour vibrer un passage libre.

11e Série. *Production artificielle de la résonnance de la voix.* — Enfin j'imaginai d'appliquer le pavillon du stéthoscope sur le larynx d'une personne parlant à haute voix, et l'autre bout sur l'angle de la division des bronches du sujet, pendant qu'on simulait les mouvements respiratoires. Je ne saurais dire avec quel plaisir j'entendis la voix résonner dans la poitrine du cadavre.

12e Série. *Production artificielle de la résonnance de la toux.* — Par cet artifice, je réussis également à faire entendre sur le mort le bruit de la toux, toujours avec les mêmes précautions opératoires.

Je dois remarquer que les deux phénomènes de la voix et de la toux ne peuvent s'étudier de cette manière que sous le rapport de leur résonnance dans les cavités broncho-pulmonaires; il est évident que les bruits causés par le déplacement des mucosités, bruits qui, sur le vivant, les accompagnent, ne peuvent se reproduire sur le cadavre.

§ IV. *Résultats généraux et applications.*

Ainsi j'étais parvenu à percevoir les divers bruits des poumons et des bronches, et, par un mécanisme particulier, à produire et à ausculter la résonnance de la voix et de la toux. Cette méthode m'offrait un grand avantage : je m'exerçais, sans idée préconçue, sur des cadavres dont j'ignorais l'histoire ; je pouvais immédiatement comparer les résultats de l'auscultation et de la percussion ; et, en ouvrant le sujet à l'instant même, j'arrivais à une connaissance de plus en plus précise des bruits normaux et morbides et de leurs différentes nuances. Je pouvais ainsi rectifier mes erreurs avant qu'elles eussent pu me devenir nuisibles, ou confirmer aussitôt l'exactitude de mon diagnostic.

« Ce n'est que dans les hôpitaux, dit Laënnec, que l'on » peut acquérir, d'une manière sûre et complète, l'ha- » bitude de l'auscultation médiate, d'autant qu'il est *né-* » *cessaire d'avoir vérifié, au moins quelquefois, par l'au-* » *topsie les diagnostics* établis à l'aide du stéthoscope. » (De l'auscult., 3ᵉ édit., 1831, 1—12.)

La méthode que j'ai expérimentée et que je propose, bien qu'elle soit encore susceptible de beaucoup de modifications et de perfectionnements, peut satisfaire à ces conditions ; quant à son utilité et à ses avantages, j'en ai fait l'expérience dès 1832, et, d'après ce qui précède, je les crois incontestables.

« Ce n'est qu'au bout d'un mois ou deux d'exercice, » dit encore Laënnec, que l'oreille s'accoutume à distin- » guer les bruits de la respiration (op. citat., 1—4) ; et il

» ajoute qu'il est nécessaire de suivre un hôpital *exacte-*
» *ment pendant un an* pour tout voir. »

Il faut avouer que c'est là une marche un peu lente; tout au plus pourrait-on s'y résoudre si l'on n'avait que l'auscultation seule à apprendre. Mais les sciences médicales sont si vastes, qu'on ne saurait trop s'occuper d'en faciliter l'étude; rendre les moyens d'instruction plus aisés et plus prompts, c'est rendre les connaissances plus accessibles et plus complètes. Avec cette méthode, qui *n'exclut point l'auscultation quotidienne des malades* et qui en constitue au contraire une répétition et un complément propres à frapper les sens, on pourra, dans cette double voie d'investigation, marcher plus vite et plus sûrement. Que serait-ce si l'on était guidé par une personne déjà habile dans cet exercice?

Il serait facile aux internes des hôpitaux de faire des cours d'auscultation artificielle, et avantageux à tous les élèves de les suivre. Ici plus de malade qui se fatigue ou qui souffre; plus de crainte à avoir d'aggraver l'état du mal, ce qui n'arrive que trop souvent; toutes les positions peuvent être prises et tout le temps nécessaire donné à l'exploration thoracique dans le silence le plus parfait (1).

J'ajouterai qu'on peut simuler un certain nombre de lésions; il est facile de produire artificiellement un hydrothorax, un pneumato-thorax, un pneumato hydro-thorax, etc., et d'obtenir à volonté le tintement métallique, le

---

(1) « Le plus grand calme, dit Dance, doit régner autour du ma-
» lade; il faut, pour que cet examen soit complet, qu'il s'étende à
» toute la poitrine; la précipitation ne vaut rien en pareil cas.» Or, ces diverses conditions sont souvent difficiles à réunir sur le vivant.

son amphorique, et plusieurs autres signes stéthoscopiques.

L'élève aura ainsi le grand avantage de pouvoir, comme je l'ai fait, établir sans cesse un parallèle entre l'exploration du vivant et celle du cadavre, et de voir à l'instant les liaisons qui existent entre les bruits morbides et l'état des organes (1); car, il faut bien avouer que, sur le vivant, la maladie marchant toujours, il arrive plus d'une fois que les lésions organiques que dévoile l'autopsie sont plus avancées que l'auscultation ne le faisait présumer la veille, et alors le débutant a quelque peine à rétablir les choses dans leurs rapports exacts (2).

Je n'ignore point que nombre d'expérimentateurs ont insufflé les poumons dans des desseins divers, mais au-

(1) L'auscultation artificielle pourra peut-être contribuer à jeter quelque lumière sur divers points de la pathologie du thorax; je prends la pneumonie pour exemple : « Le râle crépitant, se demande Dance, est-il un phénomène constant de tous les cas de » pneumonie? Nous nous prononcerions pour l'affirmative, si l'on » pouvait toujours examiner le malade au début, etc.» (Loc. cit., 407.) — Dans mes expériences, je l'ai constamment perçu, soit dans l'engouement inflammatoire, soit autour d'une hépatisation rouge, quelquefois même au centre d'un point hépatisé, ce qui indique que toutes les vésicules pulmonaires ne sont pas toujours solidifiées, et que la perméabilité peut persister dans quelques-unes.

Je pourrais signaler aussi l'emphysème commençant et les tubercules qui se ramollissent; mais je n'ai pas encore assez de faits pour donner comme symptômes certains quelques bruits qui se sont fait entendre.

(2) Des médecins de Lyon, à qui j'avais fait part de mes expériences, ont eu recours avec avantage à l'auscultation artificielle pour vérifier sur le cadavre et démontrer aux élèves le diagnostic qu'ils avaient porté sur le vivant.

cun, que je sache, n'a mis à exécution et surtout poursuivi l'idée des moyens que je développe; aucun n'a travaillé à en constituer une méthode (1). Je m'estimerai heureux si j'ai pu indiquer à ceux qui marchent seuls un procédé simple et facile pour se guider dans leurs études stéthoscopiques et avancer sans erreur; à ceux qui suivent des maîtres habiles, une ressource pour répéter leurs leçons et aller plus vite; à tous un moyen utile de vérification ou d'investigation (2). L'honorable suffrage de la *Société de médecine de Paris* me serait à la fois la plus flatteuse récompense de mes travaux et le plus puissant encouragement pour continuer mes recherches.

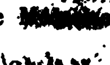
(1) J'ai cru devoir imposer à cette méthode le nom d'*auscultation artificielle*, parce que la production de la voix et de la toux, les mouvements respiratoires du cadavre, la formation d'hydro-thorax ou de pneumato-thorax qui n'existaient pas, la manière de produire des bruits tubaires par des injections dans les bronches, celle d'obtenir le son amphorique, etc., parce que, en un mot, la plupart des résultats proviennent de moyens artificiels et constituent eux-mêmes soit des maladies, soit des bruits artificiels.

(2) L'utilité de l'auscultation artificielle n'est pas bornée à la pathologie. Les diverses expériences que j'ai faites m'ont permis d'examiner quelques points de la physiologie de la respiration étudiée dans ses phénomènes mécaniques. Je dois, pour le moment, me borner à signaler ici le parti qu'on peut en tirer pour cette étude.

MÉMOIRE

Sur l'ulcère simple chronique de l'estomac;

Par M. CRUVEILHIER,

Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de 
de Paris.

(Suite et fin (1).)

De la perforation de l'estomac, suite d'ulcère simple.

L'ulcère simple de l'estomac est une des causes les plus fréquentes de la perforation spontanée de ce viscère, plus fréquente incontestablement que le cancer. Il est évident que l'ulcère aigu doit entraîner bien plus souvent cette perforation que l'ulcère chronique, lequel est presque toujours suivi d'adhérences salutaires.

Ces perforations ont eu lieu quelquefois pendant un effort. On conçoit qu'alors tous les viscères abdominaux étant fortement et uniformément comprimés, le point le plus faible doive céder.

Enfin, les accidents, suite de perforations, étant quelquefois survenus immédiatement après l'ingestion d'aliments et de boissons, la question d'empoisonnement a dû être soulevée dans un grand nombre de cas de ce genre. C'est ainsi que les charbonniers de Paris, qui ont toujours mis obstacle à l'autopsie de ceux de leurs camarades qui

(1) Voir le précédent cahier de la *Revue*.

succombent à la Maison royale de santé, voulurent assister, par députation, à l'ouverture du malade dont on va lire l'histoire, persuadés qu'ils étaient que ce malade avait été empoisonné. Il y avait également soupçon d'empoisonnement dans un cas du même genre publié par M. Ruffier.

Ulcère simple de l'orifice pylorique de l'estomac, suivi de perforation.

Un charbonnier, âgé de vingt-trois ans, constitution athlétique, est apporté mourant à la Maison royale de santé, le 15 décembre 1829. Abdomen ballonné, extrêmement douloureux par la pression; coliques atroces; face profondément altérée; pouls grêle; extrémités froides. Ce malheureux, qui a toute sa connaissance, demande à grands cris du soulagement. Interrogé sur la cause de cette péritonite suraiguë, il répond que, depuis dix jours, il éprouve un léger malaise, qui ne l'a pas empêché de continuer ses travaux, ni même de commettre des excès de boisson. La veille du jour de son entrée, au matin, ayant un sac de charbon sur les épaules, il est pris de douleurs abdominales tellement vives, qu'il peut à peine gagner son logis. Un médecin, appelé, se contenta d'une application de quelques sangsues sur l'abdomen, et le lendemain, voyant le malade désespéré, il le fit transporter à la Maison royale de santé, où il mourut trois heures après son entrée.

Avant l'ouverture, j'annonçai que nous allions trouver une perforation spontanée de l'estomac ou des intestins, si toutefois la perforation n'était pas la suite d'empoi-

sonnement. L'abdomen ouvert avec précaution, nous avons trouvé dans la cavité du péritoine une grande quantité de gaz, des fausses membranes et un liquide boueux. Pour mieux reconnaître le lieu de la perforation, j'ai fait insuffler de l'air par l'œsophage ; aussitôt cet air s'est échappé avec bruit au niveau du pylore, et la perforation, masquée par des fausses membranes, a apparu. L'estomac, ouvert du côté opposé à la perforation, nous a présenté une ulcération en forme de zône, qui occupait toute la circonférence de l'orifice pylorique. Le fond de cette ulcération était formé par les fibres musculaires, et la perforation occupait l'un des points de cette zône.

Réflexions. — Je regarde ce cas comme un exemple d'ulcère aigu de l'estomac. L'état aigu me paraît démontré : 1° par le caractère de l'ulcération, dont le fond et les bords n'offraient ni cette densité, ni cet épaississement qui accompagnent les ulcères chroniques ; 2° par les commémoratifs, le malade n'accusant de malaise que depuis dix jours.

Je dois faire remarquer le siége de cette maladie au pylore ; l'on conçoit que l'ulcération doit marcher beaucoup plus rapidement, et se terminer plus souvent par perforation dans cette région que dans toute autre, attendu que le pylore est beaucoup plus soumis que tous les autres points de l'estomac aux causes d'irritation. C'est ainsi que chez un autre jeune homme, qui se plaignait de dyspepsie depuis quelques mois, et qui fut pris tout-à-coup des symptômes de péritonite suraiguë, je trouvai une perforation au niveau du pylore. Cette perforation était au centre d'un ulcère oblong. Une seconde

ulcération commençante se voyait à une petite distance. Dans un cas, les trois tuniques ont été détruites dans la plus grande partie de l'ulcère, en sorte que le péritoine seul en forme le fond. Si ce sujet, sur lequel je n'ai aucun renseignement, avait vécu quelque temps encore, il est plus que probable que la perforation aurait eu lieu. Il n'est pas rare de voir les ulcères de l'estomac complètement cicatrisés, excepté dans un seul point, où le travail ulcéreux se maintient, et finit par opérer une perforation. Parmi les observations qui ont été données comme des exemples d'ulcères cancéreux de l'estomac avec perforation, il m'a été facile de reconnaître plusieurs exemples d'ulcère simple de l'estomac. Voici l'analyse de quelques-uns de ces faits.

1er FAIT. — Un homme, qui jouissait d'une bonne santé habituelle, n'avait pris à son repas que quelques onces de pain, un peu de lait et d'eau. Tout-à-coup, douleur atroce dans l'abdomen; les parois abdominales, contractées, semblent appliquées contre le rachis. Mort au bout de douze heures.

A l'ouverture, on trouve à la petite courbure de l'estomac, à un pouce environ du pylore, un trou du diamètre d'une ligne et demie, arrondi comme s'il eût été fait avec un emporte-pièce. Ce trou, à travers lequel les aliments et les boissons s'étaient épanchés dans l'abdomen, était environné d'un cercle rouge de la largeur d'un quart de ligne (1).

IIe FAIT. — Le savant chimiste Darcet, âgé de soixante-douze ans, fut pris, à la suite de la disparition d'une dar-

(1) Mémoire sur les perforations de l'estomac, par Gérard.

tre à la tête, de diarrhée, et de douleurs à l'estomac et dans tout l'abdomen. Dès-lors le teint devint pâle et les digestions pénibles. Cet état durait depuis six mois, lorsqu'après un dîner fort sobre, il ressentit tout-à-coup une douleur très-vive dans l'abdomen, accompagnée d'un malaise général. Il mourut le lendemain.

A l'ouverture, on trouve sur la face antérieure de l'estomac, à quelques pouces du pylore, une ouverture ronde par laquelle les matières contenues dans l'estomac sortaient par la plus légère pression. Cette perforation répondait, dans l'intérieur de l'estomac, à un ulcère dont les bords durs formaient une espèce de bourrelet. Dans le milieu de cet ulcère, les trois tuniques muqueuse, fibreuse et musculeuse avaient disparu, en sorte que la membrane péritonéale perforée en formait le fond. A deux pouces de ce premier ulcère, on en voyait un second beaucoup moins avancé (1).

III[e] FAIT. — Un homme de trente-quatre ans, dont l'estomac présentait cette forme d'irritation gastrique connue sous le nom de dyspepsie, fut soumis à un régime adoucissant, qui produisit les meilleurs effets. Le malade paraissait rétabli, lorsqu'un soir, en tirant ses bottes avec effort, il fut subitement saisi d'une douleur atroce à l'estomac, d'un tremblement général, d'anxiété, de suffocation; l'abdomen était contracté, dur, affaissé, très-sensible à la pression. Les accidents diminuent un instant pour se réveiller avec plus d'intensité, et le malade succombe dix heures après leur invasion.

(1) Médecine légale, par Lecieux, Renard, Laisné, Rieux. Paris, 1819. In-8°, p. 151.

A l'ouverture, épanchement dans l'abdomen de plusieurs pintes de matière purulente d'une odeur infecte; pseudo-membranes molles, rougeur foncée du péritoine. « L'estomac offrait sur sa face antérieure, vers sa petite courbure, et à trois travers de doigt du pylore, un léger engorgement squirrheux, très-peu étendu, et exactement circonscrit. L'estomac était percé de part en part dans le centre de cette petite induration. L'ouverture arrondie, taillée en biseau aux dépens de la face interne du viscère, avait à peine trois à quatre lignes de diamètre en dedans, une ligne et demie à deux lignes au plus en dehors. Son bord circulaire, dans ce dernier sens, était extrêmement mince, noirâtre, légèrement dentelé, et uniquement formé par la tunique péritonéale de l'estomac. Une surface ulcéreuse, lisse et grisâtre, formait d'ailleurs les parois de cette espèce de canal qui avait de la sorte établi une communication libre, très-étroite, comme lenticulaire, entre la cavité de l'estomac et celle de l'abdomen (1). »

DE L'HÉMORRHAGIE, SUITE D'ULCÈRE DE L'ESTOMAC.

De tous les accidents que peut entraîner l'ulcère de l'estomac, un des plus fréquents et des plus graves est

---

(1) *Archives de Médecine*, t. II, p. 388, obs. publiée par M. Rullier. Il me paraît évident que ce fait doit être rapporté à l'ulcère simple, et nullement au squirrhe de l'estomac. L'expression d'engorgement squirrheux n'est évidemment employée que comme synonyme d'augmentation de consistance et d'épaisseur, ainsi que l'indique l'expression de petite induration qu'on lui substitue bientôt après.

sans contredit l'hémorrhagie. Le tissu artériel, si réfractaire, en général, à tout travail morbide, n'échappe pas à l'inflammation ulcéreuse. De là le vomissement noir, l'hématémèse, qui peut être portée jusqu'à la mort par hémorrhagie. Il n'est aucun point du cercle artériel de l'estomac qui ne puisse devenir la source d'une hémorrhagie plus ou moins grave.

Mais, parmi les faits que j'ai pu recueillir à cet égard, je ne vois que l'artère coronaire stomachique et l'artère splénique qui aient donné lieu à une hémorrhagie mortelle.

Les connexions de l'artère splénique avec la paroi postérieure de l'estomac, la fréquence des ulcères dans cette région, expliquent comment cette dernière artère peut être envahie par l'ulcération, bien qu'elle ne fasse pas partie du cercle artériel gastrique. Et tel est le calibre de cette artère, que sa lésion ne peut pas ne pas être suivie d'une hémorrhagie extrêmement grave, peut-être même toujours mortelle. Le calibre moins considérable de l'artère coronaire stomachique doit souvent permettre son oblitération.

Ulcère occupant la petite courbure de l'estomac.

Première hématémèse guérie.—Deuxième hématémèse mortelle (1). — Ouverture de l'artère coronaire stomachique.

Petit, âgé de vingt-neuf ans, menuisier, d'un tempérament sanguin, musculeux, adonné depuis son enfance à

---

(1) Pièce et observation présentées à la Société anatomique, par M. Ricard, l'un de ses membres (hôpital de la Charité, service de M. Ruillier).

l'usage des boissons spiritueuses. Il y a cinq ans, hématémèse qui se reproduisit tous les soirs pendant huit jours avec une grande abondance, et céda sous l'influence des boissons astringentes. Deux mois de repos au lit furent nécessaires au malade pour lui faire recouvrer ses forces. Revenu à ses travaux, il se livra de nouveau à sa funeste habitude sans que sa santé parût en souffrir notablement.

Le 15 avril 1830, chaleur et douleur à l'épigastre; perte d'appétit. Il peut néanmoins continuer son travail jusqu'au 30 au soir, lorsqu'un malaise général le força à se mettre au lit. Immédiatement après, vomissement de sang dont la quantité peut être évaluée de cinq à six livres. Transporté à l'hôpital de la Charité, il présente un pouls petit, dépressible, une anémie presque complète qui repoussa toute idée d'évacuation sanguine; on s'en tint donc à de larges sinapismes aux pieds.

Le 1er mai, le malade n'a qu'un seul vomissement de sang peu abondant; le pouls s'est relevé avec les forces. (Vingt sangsues à l'épigastre, sinapismes aux mollets, riz gommé avec eau de Rabel et sirop de coing; émulsion avec le sirop de diacode; diète.) Le soir, hématémèse assez considérable.

Le 2, même état, point de selle. (Vingt sangsues à l'anus, sinapismes; même boisson.) A cinq heures du soir, hématémèse plus considérable que les précédentes, prostration extrême; mort à dix heures.

Ouverture du cadavre.—Peau décolorée, embonpoint notable. L'abdomen ouvert, on est frappé de la couleur rouge violacée du gros intestin qui contraste avec la couleur de l'estomac et de l'intestin grêle. L'estomac con-

tient un liquide sanguinolent dans lequel nagent quelques caillots. Au niveau de la petite courbure, existe une ulcération profonde, circulaire, de six lignes de diamètre, circonscrite par un bourrelet très-dense. Le pourtour et le fond de l'ulcère sont cicatrisés, excepté dans un point d'où s'élevait un caillot de sang en forme de mamelon; un stylet porté dans l'artère coronaire stomachique, et dirigé de l'origine vers l'extrémité de ce vaisseau, chasse le caillot, et pénètre dans la cavité de l'estomac; mais, en retirant un peu le stylet, et en le poussant dans la même direction, on l'a fait entrer dans le prolongement du vaisseau, qui n'était interrompu que dans les trois quarts environ de la circonférence. Le repli muqueux, qui forme un cercle autour du pylore, est perforé de part en part à son bord adhérent.

Le duodénum et l'intestin grêle sont tapissés par une couche mince de mucosités sanguinolentes; le gros intestin est rempli d'une bouillie visqueuse, rouge-noirâtre, d'une teinte d'autant plus foncée qu'on l'examine plus près du rectum.

Réflexions. — Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, c'est le long intervalle de bien-être qui sépare les deux hématémèses. L'ulcère de l'estomac remonte-t-il jusqu'à la première hématémèse? Cela est probable. Un caillot salutaire aura arrêté l'écoulement du sang, une cicatrice solide se sera formée après deux mois de traitement, et le malade aura recouvré toute la plénitude de sa santé. Ce n'est qu'au bout de cinq ans que le centre de la cicatrice s'étant ulcéré à la suite d'un malaise, l'artère coronaire stomachique, qui n'avait pas été oblitérée, mais seulement obstruée par un caillot, a

été de nouveau intéressée, d'où une hémorrhagie mortelle. On pourrait encore admettre que la première hémorrhagie a été produite par une branche de l'artère coronaire stomachique, tandis que la seconde est due à la lésion du tronc lui-même. Il est singulier de voir l'artère seule intéressée par une ulcération nouvelle au milieu d'une cicatrice parfaite. Dans l'observation suivante, l'hémorrhagie a été fournie par l'artère splénique.

Ulcère occupant la paroi postérieure de l'estomac.

Hématémèse et déjections sanglantes. — Lésion de l'artère splénique.

Un portier, âgé de cinquante-six ans, éprouvait, depuis six ans, des coliques habituelles qui lui donnaient une grande tristesse, mais qui ne l'empêchaient pas de se livrer à ses occupations et de prendre des aliments. Parfois ses coliques augmentaient, et alors le malade se soulageait en comprimant fortement l'épigastre contre le dos d'une chaise. De temps à autre il rendait du sang par les selles. Des bains long-temps continués, des potions opiacées, une nourriture très-adoucissante le soulagèrent sans le guérir.

Le 24 mars, je le trouve au lit; il me raconte que la veille il se trouvait comme de coutume, lorsque tout-à-coup il a rendu une grande quantité de sang par le haut et par le bas. Le malade est oppressé, son pouls est lent et régulier; il a la conscience d'une fin prochaine, et en effet il mourut la nuit suivante, au milieu d'une syncope, et après avoir rendu beaucoup de sang par la bouche et par l'anus.

A l'ouverture du cadavre, je trouvai que les intestins grêle et gros avaient une couleur livide ; elle était due à une grande quantité de sang contenue dans leur cavité. L'estomac présentait comme un étranglement à sa partie moyenne, et cet étranglement était produit par une adhérence intime qu'il avait contractée avec le pancréas. Je l'ouvre : il était également rempli de sang, et présentait sur sa paroi postérieure, à quatre à cinq lignes de la petite courbure, un ulcère de cinq à six lignes de diamètre. Cet ulcère était profond, à bords durs et coupés à pic, à fond grisâtre d'apparence fibreuse, et présentant tous les caractères d'une cicatrice. Le pancréas formait le fond de cet ulcère. On y voyait l'orifice béant d'un vaisseau, c'était l'artère splénique.

CICATRICES DES ULCÈRES DE L'ESTOMAC.

Les ulcères de l'estomac guérissent par un travail de cicatrisation tout-à-fait semblable à celui des ulcères des autres organes. Les parties saines voisines sont d'abord attirées pour diminuer le diamètre de la perte de substance, d'où le froncement du pourtour de l'ulcère. La surface de l'ulcère se couvre ensuite d'une couche fibreuse ; ses bords deviennent durs, extrêmement denses, et forment un bourrelet circulaire. Jamais ces cicatrices ne m'ont offert les caractères du tissu muqueux, mais bien les caractères d'un tissu fibreux extrêmement dense.

M. Blandin a présenté à la société anatomique l'estomac d'un individu qui succomba à l'hôpital Beaujon huit

jours après l'amputation d'un doigt. L'amputation avait été nécessitée par l'écrasement de ce doigt ; le malade alla boire de l'eau-de-vie immédiatement après. Survint un phlegmon érysipélateux qui envahit tout l'avant-bras, et se termina par la gangrène et par la mort huit jours après l'amputation. L'estomac de cet individu présentait, au niveau de la petite courbure, au voisinage de l'orifice cardiaque, une perte de substance ovalaire d'un pouce dans son plus grand diamètre. Les bords de l'ulcère étaient coupés en talus ou en dédolant ; ils étaient très-denses, fibreux, ainsi que le fond qui offrait l'aspect d'un tissu fibreux.

Une discussion s'éleva dans le sein de la société sur la question de savoir si cet ulcère était de date récente ou s'il était ancien. Les uns voulaient que ce fût un ulcère récent, dont ils rapportaient l'origine à l'opération, c'est-dire à huit jours ; mais d'autres pensèrent, et je fus de ce nombre, que cet ulcère était tout-à-fait étranger aux accidents qui avaient emporté le malade : l'aspect et la densité du tissu qui formait le fond et les bords de cet ulcère, me portèrent à affirmer qu'il était cicatrisé.

Une cicatrice analogue existait dans l'estomac de mon célèbre prédécesseur Béclard, qui avait présenté pendant plusieurs années des symptômes de gastrite chronique.

M. G., homme de lettres, d'un tempérament bilieux, avait toujours joui d'une bonne santé ; seulement ses digestions étaient parfois laborieuses, comme il arrive chez la plupart des hommes de cabinet. A cinquante-huit ans, la mamelle droite devint squirrheuse, et fut extirpée par M. Boyer. Plusieurs années après, les digestions de-

vinrent habituellement laborieuses, accompagnées de gonflement à l'épigastre, d'éructations, de sensibilité légère à la région du pylore. A soixante-dix ans, se manifestèrent des vomissements fréquents, tantôt des aliments et tantôt de matières muqueuses, bilieuses et sanguinolentes; en même temps, constipation opiniâtre, mouvement fébrile, gonflement à l'épigastre et à l'abdomen. Des sangsues, des bains, des cataplasmes émollients, la diète lactée améliorèrent notablement tous les symptômes. L'état aigu disparaît, et M. G. ne tarde pas à reprendre ses occupations habituelles. Mais ses digestions sont de plus en plus pénibles; et le malade, ami de la table, et peu scrupuleux sur le régime, se donne fréquemment de violentes indisgestions, tellement qu'il se crut plusieurs fois empoisonné. Depuis un an surtout, les accidents du côté de l'estomac étaient devenus et plus intenses et plus habituels, lorsque, le 17 décembre 1828, le malade ayant alors soixante-treize ans, fut pris, à la suite d'une violente indigestion, d'une hématémèse des plus abondantes, accompagnée de syncope, et suivie de selles sanguinolentes. M. Vallerand, médecin ordinaire du malade, put craindre une mort immédiate; néanmoins la vie se ranime, et l'hémorrhagie cède par l'emploi de boissons à la glace acidulées, de la glace sur l'abdomen, de sinapismes et de frictions sur les membres. Les jours suivants, l'état du malade est moins désespéré; mais les boissons les plus légères et les plus adoucissantes, le lait d'ânesse, le bouillon de poulet, quelques grains de raisin, fatiguent l'estomac et causent des rapports aigres, un sentiment de gonflement à l'épigastre, et souvent des douleurs aiguës. A la constipation, qui est l'état habituel,

succède quelquefois un dévoiement abondant. L'exploration de la région pylorique de l'estomac fait reconnaître une très-petite tumeur circonscrite qu'on regarde comme due au pylore cancéreux. Le teint jaune paille de la peau semble encore confirmer ce diagnostic. Trois semaines se passent dans cet état ; enfin, le 19 janvier 1829, survient une hématémèse qui emporte le malade après vingt-quatre heures d'agonie.

A l'ouverture, on trouve l'estomac d'une grande capacité, flasque comme chez les grands mangeurs ; la muqueuse est pâle ; quelques arborisations superficielles se voient çà et là sur la face interne de l'estomac. L'orifice pylorique est extrêmement rétréci, et bordé par un cercle fibreux très-dense ; il permettait seulement le passage d'un tuyau de plume à écrire ; à l'extérieur, se voyait un froncement très-marqué ; l'épiploon était ramassé sur lui-même et adhérent. Ce n'est pas tout : une cicatrice fibreuse circulaire fort remarquable existait à la paroi postérieure de l'estomac ; un rebord très-dense, saillant, surtout en haut, en traçait exactement les limites. On voyait des lignes radiées partir de cette ulcération comme d'un centre. Mais ces radiations se remarquaient principalement à la face externe de l'ulcère. Le lieu de la cicatrice était on ne peut plus marqué.

Réflexions. — Ce fait confirme tous les précédents, et prouve d'une manière péremptoire l'analogie qui existe, sous le point de vue des symptômes, entre l'ulcère simple et le cancer ; et ici l'existence d'un cancer mammaire antérieur, et la présence à l'épigastre d'une petite tumeur formée sans doute par l'induration pylorique, grossie par les enveloppes à travers lesquelles on la sentait, semblaient

militer fortement en faveur de la maladie cancéreuse.

Ce fait établit, en outre, un mode d'obstruction du pylore qui doit être excessivement rare, savoir l'obstruction par cicatrisation d'un ulcère circulaire. Les accidents éprouvés à l'âge de soixante dix ans tenaient bien évidemment à l'existence de ces deux ulcères. Le siége de l'un de ces ulcères au pylore, et l'obstacle qui devait en résulter pour le passage des aliments, expliquent pourquoi le malade a constamment éprouvé, depuis cette époque, des accidents du côté de l'estomac. Mais quelle a été la source des deux hématémèses qui ont terminé les jours du malade ? Auraient-elles eu lieu par exhalation ? Voilà ce qu'il m'a été impossible de déterminer. Le développement des vaisseaux veineux superficiels semblait dénoter une hémorrhagie par exhalation.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR LE SEIGLE ERGOTÉ,

PAR M. DUPARCQUE.

(Imprimé par décision de la Société de médecine de Paris (1).)

L'histoire du seigle ergoté ressemble à celle de la plupart des médicaments spéciaux, héroïques ou spécifiques.

---

(1) Ces considérations ont été présentées à la Société de médecine, séance du 19 janvier 1838, à l'occasion du mémoire de M. Leurat-Perroton, dont M. Duparcque avait été nommé rapporteur.

Découverte obscure, née du hasard, ou peut-être dévoilée par une sorte d'instinct : usage long-temps traditionnellement populaire et empirique, avant d'être recueilli par une pratique éclairée, et de passer dans le domaine de la science. Dès-lors partisans enthousiastes, tendance de quelques-uns à exagérer les vertus du médicament, et à en étendre l'application à une foule de cas plus ou moins étrangers à ceux pour lesquels on avait d'abord signalé son efficacité; tandis que d'un autre côté, des détracteurs, ou dénient jusqu'à ses propriétés les plus incontestables, ou ne tiennent compte que des inconvénients dont ils exagèrent la gravité. Le seigle ergoté a passé par toutes ces phases, il a subi toutes ces épreuves.

D'abord préconisé pour favoriser l'accouchement dans les cas où cet acte languit par suite de l'inertie de l'utérus, on en a étendu l'application à certains accidents paraissant dépendre de la même cause; tels que la rétention du placenta, du sang et des caillots. De là à l'emploi de cette substance pour faire expulser les corps pathologiquement développés dans la cavité utérine par l'état de grossesse, il n'y avait qu'un pas; il a été franchi; ainsi, dans les cas de polype, de môles charnues ou hydatiques, de phylométrie, etc. L'ergot arrêtant les pertes qui succèdent à l'accouchement, on a dû être conduit à l'expérimenter dans toutes hémorrhagies utérines, soit qu'elles surviennent dans le cours de la grossesse, ou pendant le travail de l'enfantement, soit qu'elles se manifestent hors l'état de gestation. Les succès obtenus dans ces derniers cas ont fait penser que le seigle ergoté devait jouir de propriétés hémostatiques, et que conséquemment il serait convenable contre toute hémorrhagie, quel qu'en fût le

siége. On l'opposa donc aux hémoptysies, à l'épistaxis, à l'hématémèse, à l'hématurie.

Puisque l'ergot arrête les flux sanguins, il doit, comme tous les médicaments qui possèdent la même faculté, opérer une action analogue sur les flux humoraux; il a été, en conséquence, opposé aux écoulements leucorrhéiques et jusqu'aux catarrhes pulmonaires chroniques.

Dans quelques cas de convulsions dites puerpérales, le seigle ergoté les a arrêtées efficacement. Il eût été tout simple d'attribuer cet heureux résultat à la terminaison de l'accouchement provoquée par l'emploi du seigle. On a mieux aimé en faire honneur à ses propriétés sédatives, ce qui avait l'avantage de permettre d'étendre encore le champ de ses applications thérapeutiques. Aussi l'a-t-on conseillé, non-seulement dans l'hystérie, ce qui eût pu paraître conséquent, et même dans les fièvres intermittentes. Nous ne pensons pas cependant que l'on doive se fier à ce succédané incertain de l'efficace sulfate de quinine.

Ces propriétés sédatives de l'ergot n'ont pas fait oublier qu'il jouissait, par-dessus tout, d'une action existante énergique sur un organe musculaire; or, comme cette action paraît se rapprocher de celle que possède la strychnine, on n'a pas manqué d'enrichir de cette substance la matière médicale des paralysies. Employé par M. Barbier, d'Amiens, dans un cas de paralysie, il a paru agir dans l'un, et n'a rien produit dans l'autre. Au reste, quelques expériences, tentées à Montpellier et en Italie, paraîtraient prouver que l'ergot agit particulièrement dans les paraplégies, tandis qu'il échoue contre les hémiplégies.

Si d'une part on a ainsi multiplié les applications thé-

rapeutiques de l'ergot, d'un autre côté on n'en a pas moins grandi les inconvénients, exagéré les dangers.

D'abord on s'est fondé sur un certain nombre d'expérimentations négatives pour nier jusqu'à l'action qu'il exerce sur l'utérus; puis on a traité d'illusoires, ou d'étrangers à cette substance, les résultats que l'on ne pouvait révoquer en doute; enfin, sans s'inquiéter des contradictions dans lesquelles on tombait, on a exagéré l'action d'abord niée, pour lui imputer des effets funestes, comme la mort de l'enfant, la rupture de l'utérus, l'avortement, etc. Tout cela sans préjudice des dangers non moins redoutables de l'ergotisme, auxquels devait, a-t-on dit, exposer l'administration de cette substance éminemment toxique. Ajouterons-nous que les partisans les plus sincères de l'ergot, d'accord quant à ses propriétés obstétricales, ne le sont pas quant aux principes de son application aux cas particuliers? Les uns les restreignent rigoureusement à certaines règles que bientôt ils transgressent, ou que d'autres prétendent pouvoir impunément dépasser.

Tous ces résultats divers, positifs et négatifs, heureux et malheureux, se trouvent constatés par 1,346 observations, publiées depuis que M. Desgranges a donné l'éveil sur cette substance, et dont M. Bayle a présenté le relevé et l'analyse dans sa *Bibliothèque de thérapeutique.*

Le mémoire de M. Levrat-Perroton vient ajouter 67 nouveaux faits; le plus grand nombre est en faveur de l'emploi du seigle ergoté dans la plupart des cas que nous avons rappelés, quelques-uns signalent des inconvénients ou des dangers.

Si les questions de thérapeutique pouvaient se résoudre par le nombre des faits, certes aucune ne devrait

être plus clairement définie que celles qui sont relatives au seigle ergoté. Et cependant, malgré les à peu près 1500 observations publiées sur ses propriétés thérapeutiques, toutes les difficultés ne sont pas vaincues, ni tous les doutes levés. On peut même dire que quelques-uns des nouveaux faits, plus ou moins exceptionnels, apportés journellement à la masse, en détruisant les assertions de la veille, reculent, au lieu de l'avancer, la solution des questions et embarrassent le praticien loin de l'éclairer, tandis que le plus grand nombre vient, sans profit pour l'art et pour la science, augmenter seulement de quelques unités une valeur numérique déjà très-respectable.

Quel est exactement l'action physiologique du seigle ergoté? Quelle est sa puissance thérapeutique? Quels sont les inconvénients ou les dangers que ce médicament peut produire? Quelle est l'étendue, quelles sont les limites de ces actions, de cette puissance, de ces inconvénients et de ces dangers? Tels sont les points sur lesquels on n'a pas encore d'opinion bien arrêtée, du moins quant aux règles d'application pratique. En attendant que quelque esprit généralisateur mette à profit tout ce qui a été publié sur l'ergot pour résoudre ces questions, nous profiterons de l'occasion que nous offre le travail sur lequel nous sommes appelés à nous prononcer, pour consigner diverses considérations qui nous ont été suggérées par de nombreuses observations particulières que nous avons recueillies sur ce sujet important; ces espèces d'avant-propos nous mettront à même d'apprécier à leur juste valeur les observations et les opinions de notre honorable confrère de Lyon.

De toutes les actions physiologiques attribuées au

seigle ergoté, la plus évidente, la plus incontestable est celle qu'il exerce spécialement sur l'utérus, dont il *réveille* ou *ranime* les contractions, ce qui suppose, comme condition préalable, la distension du tissu de cet organe. L'effet de cette contraction est de resserrer, d'effacer la cavité que circonscrivent les parois utérines; il a pour résultat l'expulsion des corps qui remplissaient cette cavité, comme le produit de la conception, le placenta, les caillots, le sang provenant d'une perte interne, et, hors l'état de grossesse, les polypes, les môles hydatiques et autres, etc. Mais il est un autre effet qui ne mérite pas moins d'attention, c'est la rétraction du tissu utérin ayant pour résultat de refouler les liquides et principalement le sang qui, par suite d'un état fluxionnaire ou congestif, distend ce tissu, ainsi qu'on le voit dans les cas d'engorgement de l'utérus que nous avons appelé sanguin et congestif (1).

Est-il besoin de dire que l'action du seigle ergoté ne saurait être profitable que quand les corps, développés dans la cavité utérine ou dans l'épaisseur de ses parois, sont susceptibles d'être expulsés ou refoulés, et que ce serait en pure perte qu'on le donnerait, par exemple, dans les cas de tumeurs fibreuses adhérentes à la surface interne de l'utérus par une large base, et encore plus quand ces tumeurs sont interstitielles, de même que dans les engorgements dépendant de quelque altération organique ou de l'infiltration de fluides non susceptibles de rentrer directement dans le torrent de la circulation ou d'être exprimés au dehors.

Que le seigle ergoté agisse directement sur le tissu uté-

(1) Traité des altérations organiques de la matrice; 1833.

rin, par suite de son absorption, ou par irradiation nerveuse, ou sympathiquement, toujours est-il qu'il est nécessaire, pour que cette action ait lieu : 1° que la substance soit en contact assez prolongé avec une surface quelconque, pour donner le temps à l'absorption de se faire, ou pour permettre une impression suffisante; 2° qu'il rencontre des organes favorablement disposés, soit à opérer l'absorption, soit à recevoir et transmettre l'impression, soit enfin à répondre à l'action du médicament. La tolérance est la première condition. Aussi ne peut-on donner pour exemple de nullité d'action de l'ergot, les cas dans lesquels il est vomi immédiatement après son ingestion. De même aussi serait-il faux d'attribuer à son action spéciale l'expulsion de l'enfant qui aurait lieu pendant ces efforts de vomissements. On sait que c'est là un des moyens employés quelquefois par la nature, pour suppléer aux contractions insuffisantes de la matrice, au moment extrême de la parturition. Au reste, l'observation ayant prouvé que l'action de l'ergot n'était pas essentiellement liée à son contact avec l'estomac, on a proposé, dans les cas d'intolérance par cette voie, de l'administrer en lavement, ou même de le faire pénétrer dans la cavité utérine au moyen de l'injection, comme l'a conseillé M. Montain, de Lyon. Nous observerons que l'on ne tient pas assez généralement compte des dispositions dans lesquelles se trouve l'estomac quand on donne le seigle. L'état de maladie de cet organe doit évidemment modifier défavorablement l'action des substances qu'on lui présente. Est-il rempli par des aliments ou des boissons, le médicament se trouve alors trop divisé pour pouvoir exercer une action suffisante.

Quelquefois le seigle ergoté, quoique de bonne nature, quoique administré à haute dose, quoiqu'il soit toléré, ne produit aucune action sur l'utérus, et c'est sur des faits exceptionnels semblables dus à une idiosyncrasie particulière, que l'opposition a basé son système de dénégation. Voici, au reste, une observation qui prouve jusqu'à la dernière évidence la possibilité de ces idiosyncrasies récalcitrantes à l'action du seigle ergoté.

Je fus appelé dans la nuit du 25 au 26 septembre 1831, par madame Leroy, sage-femme, pour appliquer le forceps chez une dame qui était en travail depuis quarante-huit heures, et chez laquelle les contractions utérines s'étaient arrêtées presqu'au moment où la tête de l'enfant allait franchir le détroit supérieur. Je trouvai le sinciput tuméfié plongeant dans l'excavation du bassin. J'avais sur moi un gros de seigle ergoté en poudre. J'en administrai le quart environ. Dix minutes après, l'utérus se contracta et, en quelques efforts, l'enfant fut expulsé. La semaine suivante, un cas analogue se présente chez une de mes clientes. Les douleurs d'expulsion s'arrêtent après qu'elles ont amené la tête de l'enfant au couronnement. Après une heure d'attente et d'essais infructueux, je donne les trois quarts qui me restaient du gros de seigle ergoté, en trois doses et à dix minutes d'intervalle. Une heure se passe sans phénomène. Enfin, après encore une demi-heure d'attente, je suis obligé d'appliquer le forceps. Cette femme n'avait pas vomi le médicament, et depuis plusieurs heures elle n'avait rien pris en aliment ni en boisson quand je le lui administrai. Au reste, les faits publiés démontrent combien varient les aptitudes à répondre à l'action du seigle ergoté. Dans certains cas il a suffi

de quelques grains pour exciter les contractions utérines et provoquer l'expulsion du fœtus; dans d'autres, une dose ordinaire a déterminé des contractions d'une effrayante violence, tandis que chez quelques femmes on a dû la porter à un gros et plus, avant d'obtenir l'effet désiré. Enfin, il est assez souvent arrivé que l'administration de l'ergot a eu pour seul résultat de faire plonger la tête du fœtus à travers le détroit supérieur, sans qu'on puisse rien obtenir de plus. Mais alors il a encore été avantageux en rendant l'application du forceps possible ou plus facile. M. Levrat donne des exemples de ces demi-succès dans ses observations 21, 22, 23, 24 et 25.

Puisque l'action de ce médicament n'est pas uniforme quant à son énergie, chez tous les sujets, et que rien ne peut à l'avance indiquer le degré de chaque susceptibilité individuelle, nous pensons qu'il serait convenable, pour éviter les inconvénients des extrêmes, de le donner à une dose modérée que l'on répéterait à des intervalles de dix minutes, jusqu'à ce que l'on obtienne l'effet désiré, ou que l'on se soit assuré qu'il y a inaptitude complète. C'est dans cette intention que nous administrons le seigle par fractions de 15 grains à la fois.

La forme sous laquelle on administre l'ergot n'est pas non plus indifférente. L'infusion ou la décoction n'ont pas à beaucoup près la même énergie que la poudre prise en substance. C'est à celle-ci que l'on doit toujours donner la préférence.

Lorsque l'ergot, étant toléré, exerce son action sur la matrice, le but n'est pas encore atteint. Malgré la violente excitation de cet organe et l'énergie de ses contractions, ses effets accoutumés sont parfois vainement espérés.

Dans ces cas, on peut légitimement craindre des accidents pour la mère ou pour l'enfant; de là, la nécessité de rechercher les conditions favorables ou contraires à son administration. C'est ici que commence le schisme entre les partisans de ce médicament. Ce que les uns considèrent comme contre-indication ne l'est pas pour d'autres, et souvent même ceux qui ont établi les contre-indications en préceptes sont les premiers à les transgresser. Ainsi, on a d'abord donné comme règle de ne recourir à l'ergot que quand les membranes amniotiques étaient rompues. M. Villeneuve, qui l'a spécialement posée, ne rapporte pas moins des succès obtenus nonobstant cette condition. Depuis, on a recueilli des faits semblables, et M. Perroton en rapporte plusieurs. Nous pourrions aussi en citer d'analogues. Il nous semble même qu'il y aurait moins de danger, soit pour la mère, soit pour l'enfant, de l'action de l'ergot, lorsque les membranes sont intactes, que quand elles sont rompues et les eaux écoulées. Dans le premier cas, en supposant que les contractions utérines soient sans résultat expulsif, comme l'œuf humain oppose une résistance partout égale à la pression qu'exercent sur lui les parois utérines, il ne peut y avoir menace de rupture, tandis qu'après l'écoulement des eaux, les parties saillantes de l'enfant rendent cette résistance inégale, en même temps que la compression, qui porte sur des points circonscrits de l'utérus, y exerce des violences qui prédisposent aux ruptures. D'un autre côté, la compression ressentie par le fœtus, étant transmise par les eaux qui la généralisent, doit être moins dangereuse pour lui que celle qui pèse sur certaines parties seulement. Le fait est que nous avons cru remarquer,

tant dans les observations publiées que dans celles qui nous sont propres, que l'on voyait naître proportionnellement moins d'enfants morts après l'usage du seigle ergoté, administré avant la rupture des membranes, que dans les cas où ce médicament a été donné après l'écoulement des eaux.

C'est ici le lieu de relever une opinion qui nous paraît mal fondée. Quelques accoucheurs, ayant vu un certain nombre d'enfants naître morts après l'administration obstétricale de l'ergot, ont attribué cette mort à l'influence du médicament. Serait-ce par suite d'une action toxique? Nous ne le croyons pas; car, si l'ergot l'exerçait, il n'y a pas de doute qu'on en observerait bien plus souvent les funestes résultats. Au contraire, il est certain que, dans la grande majorité des cas, rien ne porte à supposer cette influence chimique. Nous sommes convaincus, d'après l'observation très-attentive de plusieurs faits analogues à ceux sur lesquels on a fondé cette grave accusation, que la mort de l'enfant résulte, dans ces cas, de la pression et des violences auxquelles il est soumis par suite des contractions énergiques déterminées par le seigle. C'est une action toute physique. Toutes les fois que nous avons donné l'ergot, lorsque le défaut seul de contraction suffisante de l'utérus s'opposait à la terminaison de la délivrance, l'enfant venait vivant, à moins que son existence n'ait déjà été compromise par la longueur du travail antérieur, circonstance dont on ne paraît pas avoir tenu compte. Au contraire, dans les autres cas de *mort-né*, l'inertie de l'utérus ne paraissait pas avoir été la seule cause de la suspension ou de la prolongation de travail pour lesquelles on administrait le seigle. L'inertie de l'uté-

rus résultait de l'épuisement de cet organe dans les efforts impuissants qu'il avait faits pour vaincre quelque obstacle provenant du fœtus ou du bassin. Alors, ou bien il avait fallu en venir à l'application du forceps après l'action insuffisante, quoique énergique, de l'ergot; ou bien cette action avait dû être extrêmement violente. Dans tous les cas, on concevait la mort de l'enfant par les violences qu'il avait eues à supporter du travail, soit naturel, soit artificiellement excité. Nous croyons donc que, dans tous ces cas où l'enfant est venu mort, il se serait présenté de même, par quelque moyen que l'accouchement se fût ou ait été terminé.

On a aussi établi en précepte de n'administrer le seigle ergoté que quand il existait déjà une dilatation suffisante de l'orifice utérin. Or, dans un grand nombre de cas où on n'a pas tenu compte de cette condition, le succès n'en a pas moins été certain et sans aucun accident. Dans les XIIe et XXVIe observations données par M. Levrat, la dilatation égalait tout au plus le diamètre d'une pièce de trente sous dans l'un, et de vingt sous dans l'autre. Elle permettait à peine l'introduction de l'extrémité du doigt dans la XXXe observation. Parmi les faits semblables que nous pourrions rapporter, nous citerons le suivant :

Une jeune dame, d'une constitution lymphatico-nerveuse, qui avait eu un premier accouchement très-long, arrivée au terme de sa seconde grossesse, est prise de douleurs, dites de reins, vives, aiguës, presque incessantes, et qui, après deux jours de persévérance, avaient jeté cette dame dans un état d'épuisement extrême et d'anxiété inexprimable. A peine peut-elle s'assoupir pendant quelques secondes, et alors les yeux se renversent, la figure

pâlit et se convulsionne, et bientôt un réveil en sursaut a lieu, accompagné de cris et d'expressions de terreur. Le pouls est petit, serré, inégal. Je crains l'explosion de convulsions, et la malade demande instamment sa délivrance ou la mort. Pendant les exacerbations des douleurs, l'utérus se durcissait à peine, le col utérin se trouvait en haut et en arrière, son orifice était complètement fermé, mais il était souple, et laissait assez facilement pénétrer le doigt. Je me décidai à essayer le seigle ergoté. Les 15 premiers grains sont sans effet. Quelques minutes après l'administration de 15 autres grains, les douleurs deviennent plus fortes, la matrice se durcit davantage et reste plus long-temps contractée. Une troisième dose est administrée; dès-lors les douleurs et les efforts d'expulsion prennent une nouvelle énergie, la dilatation s'opère, la poche des eaux se forme, mais ne dépasse pas de beaucoup la tête de l'enfant qui la suit de près à travers l'orifice utérin. Bref, en une heure et demie environ, l'accouchement est très-heureusement accompli.

S'il est prudent, dans les cas ordinaires, de n'employer le seigle ergoté que lorsqu'il existe une dilatation suffisante de l'orifice utérin, on peut et l'on doit y avoir recours, alors même qu'il n'y a pas de dilatation marquée, que les eaux soient écoulées ou non, toutes les fois qu'il existe des accidents que l'on sait ne pouvoir être efficacement combattus et arrêtés que par une prompte délivrance. Tels sont les cas de convulsions puerpérales ou d'hémorrhagies parturitives. Nous reviendrons sur ces cas.

Relativement aux différentes circonstances de présentations du fœtus, de volume de celui-ci, de diamètres du bassin, on ne peut établir qu'une règle générale, savoir :

qu'il ne faut recourir à l'ergot que dans les cas où l'accouchement pourrait se terminer par les seuls efforts de la nature, s'ils étaient assez énergiques. Pour ce qui est des applications particulières, elles se refusent presque absolument à toute règle absolue, à tout principe positif. Ainsi, une position vicieuse, et par conséquent contre-indicative, d'après les préceptes établis, peut ne pas mettre obstacle à son administration. Toutes les fois, par exemple, qu'avec un enfant volumineux, ou en position occipito-sacrée, ou en présentation de la face, il existera un bassin bien conformé et assez grand; quand, en un mot, il n'y aura pas, malgré les circonstances, disproportion entre le volume de l'enfant tel qu'il se présente et les diamètres pelviens, elles ne contre-indiqueront pas l'emploi du seigle ergoté, si quelqu'autre circonstance en nécessite l'emploi. Une des observations de M. Levrat prouve le succès du seigle ergoté dans un cas où la face de l'enfant était en avant. J'ai vu le médicament activer et terminer heureusement un accouchement dans lequel l'enfant présentait la face en plein sur le détroit supérieur.

M. Levrat est le premier, je crois, qui ait publié des exemples sur les avantages que présentait l'ergot dans les cas de présentation podalique. L'état d'asphyxie, souvent mortelle, dans lequel naît le plus ordinairement l'enfant qui se présente par les extrémités pelviennes, provient, ou de la compression du cordon, ou de celle du col de l'enfant, ou de traction de celui-ci par suite de la rétention plus ou moins prolongée de la tête après que le tronc et les bras sont dégagés. On sait que, lorsque l'accouchement en est à ce point, les douleurs, jusque-là actives, cessent tout-à-coup; on sait combien il

est alors difficile d'extraire la tête qui reste comme accrochée au-dessus du détroit supérieur. Or, par l'administration de l'ergot, on détermine des contractions soutenues qui précipitent l'expulsion de l'enfant sans interruption jusqu'à sortie complète.

On voit combien il serait difficile de désigner par avance, d'une manière positive, toutes les conditions qui réclament ou repoussent l'usage de l'ergot dans les accouchements.

Il est encore une disposition particulière que nous avons eu occasion de signaler (1) comme formant obstacle à l'accouchement, bien que tout paraisse dans les conditions les plus favorables à sa terminaison, disposition qui élude l'action du seigle, telle énergique qu'elle soit, et peut-être même en proportion de cette énergie : nous voulons parler de la constriction de l'orifice interne du col utérin, dont les bords s'engageant dans les sillons que la tête du fœtus présente au-dessous des bosses frontales, ou au niveau de la racine du nez et des orbites, les retiennent forcément en cet endroit. Cette disposition, nous l'avons soupçonnée pour la première fois chez une dame qui avait eu un premier accouchement laborieux, à la suite duquel le placenta s'était presque immédiatement trouvé fortement enchatonné par la constriction de l'orifice interne du col utérin, pendant que la cavité de celui-ci restait large et béante. Le second accouchement fut plus douloureux et plus long, et je me crus obligé d'employer le seigle ergoté. Malgré le retour des contractions énergiques qu'il détermina, le sinciput de l'enfant, qui

(1) Histoire complète des ruptures de l'utérus ; 1836.

bombait à travers l'orifice externe, ne fit aucun progrès. Je voulus appliquer le forceps, les branches ne purent parvenir au-delà d'une certaine hauteur, ni dépasser les limites du crâne. Me rappelant alors ce qui s'était passé au premier accouchement, je soupçonnai une constriction de l'orifice interne, disposition que je constatai très-facilement par le toucher. Depuis, j'eus encore deux fois l'occasion d'observer la même disposition et les mêmes conséquences.

On a remarqué que, quand on administre l'ergot pour activer l'accouchement, l'expulsion du délivre suit de près la sortie de l'enfant. Mais cet effet manque quelquefois. Un autre résultat plus constant, c'est le peu d'abondance du sang qui s'écoule après la délivrance. Aussi a-t-on attribué à cette persistance de l'action du médicament la préservation d'hémorrhagies puerpérales chez quelques femmes qui y paraissaient disposées, à en juger d'après ce qui avait eu lieu aux accouchements précédents.

M. Perroton a ajouté quelques nouveaux exemples (obs. 41 et 42) à tous ceux que l'on possédait déjà sur ce sujet. Il rapporte en outre des observations qui prouvent que quand le seigle ergoté n'a pas été donné pour ou pendant l'accouchement, il peut encore produire de bons effets contre ces hémorrhagies parfois si graves qui suivent la délivrance, si on l'administre alors. Il y a quelques jours, je fus appelé auprès d'une dame accouchée depuis une heure de son onzième enfant. Le cordon ombilical, très-frêle, s'était rompu; une perte de sang inquiétante exigeait une prompte extraction du placenta. Il était en raquette et adhérent à la face antérieure de l'utérus, d'où j'eus beaucoup de peine à le détacher. Après son extrac-

tion, la matrice restait inerte, molle, et une perte interne sourdait insensiblement. J'administrai alors la valeur de vingt grains de seigle ergoté en deux prises. Bientôt des coliques se manifestèrent, firent expulser quelques caillots, et tout rentra dans l'ordre. Dans les observations de M. Levrat, on voit un succès analogue obtenu contre des métrorrhagies qui s'étaient montrées sept jours dans un cas, vingt-cinq dans un autre, quarante dans un troisième après l'accouchement.

M. Levrat a aussi employé avec succès l'ergot dans les cas de tranchées utérines, qui sont occasionnées, dit-il, par la présence de caillots, et résultent de contractions vives, mais insuffisantes pour les expulser. Il aurait pu ajouter que ces tranchées ne sont pas moins souvent occasionnées par la présence du sang qui engorge le tissu même.

Les hémorrhagies qui se montrent pendant les grossesses ou le travail parturitif offrent un caractère de gravité de plus que celles qui ont lieu à la suite de l'accouchement. Elles compromettent l'existence et de la mère et de l'enfant; elles sont ordinairement occasionnées par le décollement ou le déchirement du placenta qui se trouve implanté sur le col utérin, soit en plein, soit en partie. Ce décollement étant le résultat de la dilatation des orifices, l'hémorrhagie se répète à chaque contraction de la matrice. On a dans ce cas établi en précepte de hâter l'accouchement en forçant la dilatation si elle n'est pas suffisante, et en opérant la version de l'enfant. Cette manœuvre n'est pas toujours sans difficulté. Elle n'est pas non plus sans danger pour l'enfant. Au reste, celui que court celui-ci provient souvent du trop de précipitation

qu'on met à vouloir l'extraire. Dès que les membranes sont percées à côté ou au centre du placenta, la partie de l'enfant qui se présente, ou que l'on a engagée à travers l'orifice, fait bouchon ; elle comprime et le placenta décollé ou déchiré, et la surface d'où il s'était détaché. L'hémorrhagie n'est plus à craindre alors, et l'on peut sans inconvénient abandonner le reste du travail aux efforts de la nature.

Toujours est-il qu'il est urgent de provoquer le plus tôt possible et cette rupture des membranes et l'engagement de l'enfant, sinon son expulsion brusque. C'est alors que le seigle ergoté présente de grands avantages.

M. Levrat rapporte plusieurs faits à ce sujet.

Dans la trente-cinquième observation, du deuxième au troisième mois de la grossesse, une perte se manifeste qui, d'abord abondante, diminue, mais continue pendant trois mois et demi environ, pour augmenter alors d'une manière inquiétante. On administre le seigle ergoté, dont les premières prises provoquent l'expulsion d'un caillot énorme, et quelques heures plus tard, des douleurs d'enfantement très-actives se déclarent, et un fœtus de six mois est expulsé. Il présentait tous les signes d'une mort de plusieurs jours. Dans ce cas, M. Levrat attribue l'hémorrhagie au décollement du placenta. Cette observation manque de détails nécessaires ; il en est de même des suivantes.

La femme qui fait le sujet de l'une ne fut prise d'hémorrhagie qu'au terme de la grossesse : elle s'arrêta spontanément ; douze heures plus tard les douleurs de l'enfantement s'éveillent. Comme il y avait toujours un peu de perte, M. Levrat, craignant une adhérence du placenta

sur l'orifice utérin, administra l'ergot, et un garçon bien portant fut mis au monde.

Dans le troisième fait (obs. 44), rien de plus précis ni de mieux indiqué. Dans tous, la présence et le décollement du placenta ont été seulement soupçonnés ; et, ce qui nous porterait à croire que cette disposition n'existait pas, c'est le peu d'intensité des hémorrhagies ou même leur suspension, malgré la dilatation croissante de l'orifice utérin. Parmi les faits du même genre, mais plus confirmatifs, que nous a fournis notre pratique, nous en choisirons deux qui nous ont paru remarquables.

Dans l'un, une jeune dame, parvenue au terme de sa deuxième grossesse, fut atteinte d'une métrorrhagie très-effrayante. Son accoucheur, M. le docteur Caen, appelé aussitôt, reconnut la présence du placenta couvrant en grande partie l'orifice utérin, qui était à peine dilaté. Le premier accouchement avait été laborieux, et l'enfant était né mort. La gravité de ce nouveau cas engagea M. Caen à demander une consultation. En attendant l'arrivée des accoucheurs désignés, il eut l'idée d'administrer le seigle ergoté, dans l'intention d'augmenter la dilatation de l'orifice utérin, afin de pouvoir opérer plus facilement la version, si elle était décidée. Le médicament agit : la partie que présentait l'enfant, et que l'on reconnut être les fesses, fut poussée contre et à travers cet orifice, qu'elle dilata ; elle refoula et comprima le bord décollé du placenta ; l'hémorrhagie fut arrêtée. Tel était l'état des choses quand M. Paul Dubois arriva : il conseilla une seconde dose d'ergot. Arrivé quelques instants après, je fus instruit de ce qui s'était passé. Le travail continuait, et un enfant bien portant vint bientôt.

Dans le second cas, il y avait implantation en plein du placenta sur le col utérin. L'enfant présentait la tête, l'orifice était à peine dilaté ; une hémorrhagie extrêmement abondante venait de jeter la malade dans un état très-alarmant ; je craignis justement une récidive funeste. Tout en me tenant prêt à agir, j'administrai le seigle ergoté : en quelques instants, les contractions utérines s'éveillent ; l'orifice se dilate. Je le trouve recouvert par une masse placentaire qui se déchire sous le doigt explorateur. J'arrive à la couche membraneuse de ce corps ; je romps ces membranes ; presque aussitôt, l'enfant s'engage à travers cette ouverture, et, après quelques douleurs, il es texpulsé vivant. Le placenta, ayant été extrait avec facilité, présentait à son centre une large déchirure à bords inégaux, témoignage de la vérité du diagnostic, et du passage de l'enfant à travers ce corps. M. le docteur Caen m'assura avoir vu un cas absolument semblable.

Au sujet de l'emploi du seigle ergoté dans les convulsions puerpérales, M. Levrat a émis une opinion qui, si elle était adoptée par les praticiens, pourrait avoir de graves et dangereuses conséquences. Il prétend que, dans ce genre d'affection, la saignée est au moins inutile, si elle n'a pas d'inconvénients, et que, dans tous les cas, le seigle ergoté suffit, sans qu'il soit besoin de recourir préalablement à cette opération, alors même qu'il existe des signes de congestion cérébrale.

« MM. Mérat et Delens, dans leur excellent Dictionnaire de matière médicale, disent que, dans les cas où il y a pléthore ou sténie, il convient d'avoir recours à la saignée avant l'administration du seigle ergoté. Cette

conduite, déjà prescrite par MM. Villeneuve, Desgranges, Chevreuil, Jackson, Prescot, etc., est tout au plus utile, dit le médecin de Lyon, dans les circonstances où il y a menace de congestion vers le cerveau, et encore des faits prouvent que l'ergot devient, dans ces cas heureusement fort rares, un puissant révulsif. Cette substance va exciter un organe dont l'inertie est presque toujours liée à l'état de débilité générale de la femme ; il faut donc éviter d'ajouter encore à cette débilité par une saignée pratiquée intempestivement. »

En lisant les observations sur lesquelles M. Levrat a dû baser son assertion, on voit avec étonnement que la plupart donnent essentiellement matière à une interprétation entièrement opposée à celle que cet auteur en a déduite. On pourra en juger d'après l'analyse que nous en présenterons tout-à-l'heure.

L'erreur de M. Levrat provient évidemment de ce qu'il confond ensemble toutes les convulsions qui surviennent à l'occasion et du terme de la grossesse et de la parturition. Cette erreur, partagée par beaucoup d'auteurs et de praticiens, a souvent été la source de graves accidents. Quelques considérations sur ce sujet ne seront pas sans intérêt.

En rapportant à la société de médecine, il y a une douzaine d'années, quelques observations d'éclampise puerpérale, je fis remarquer que les convulsions dites puerpérales étaient les symptômes d'états pathologiques variés. Nous les rapportâmes à trois espèces bien distinctes, présentant des différences tranchées d'après leurs causes, la nature de leur rapport avec le travail de l'enfantement, leurs symptômes, leurs résultats, et donnant lieu à des

indications également variées. Je désignai ces trois espèces sous les dénominations caractéristiques de spasmes convulsifs puerpéraux (première espèce), de convulsions apoplectiformes (deuxième espèce), et de convulsions épileptiformes ou éclampise puerpérale (troisième espèce).

Voici les traits généraux propres à ces affections :

Première espèce. Les spasmes convulsifs s'observent spécialement chez les femmes à constitution délicate et nerveuse, et sont ordinairement excités par l'agacement, l'état d'anxiété que produisent les douleurs plus vives que fortes, répétées sans résultats, et que l'on a coutume de qualifier de douleurs de reins. Ces convulsions ne débutent pas brusquement; elles s'annoncent par de l'agitation, des impatiences, des bâillements, des pandiculations, des horripilations, des tintements d'oreille, une amorose passagère, des contractions irrégulières des muscles de la face, des yeux, du larynx, et de ceux de la déglutition, des soupirs, des soubresauts des tendons, le raidissement des membres, leur agitation, du délire. Parfois il n'existe que quelques-uns de ces symptômes convulsifs; d'autres fois ils sont ou plutôt deviennent graduellement généraux; le pouls est petit et serré; la chaleur générale est peu ou point augmentée; la figure, plutôt pâle que colorée, ne devient rouge ou violacée que quand les convulsions parviennent à leur summum d'intensité, et surtout quand elles affectent le larynx et les muscles pectoraux.

Ces convulsions ne se dissipent que quand le travail parturitif devient actif et marche vers la délivrance. Aussi est-ce à ce cas qu'est spécialement applicable le précepte de provoquer l'accouchement, comme moyen efficace de

les faire cesser. Chez quelques femmes il a suffi de rompre les membranes pour, en provoquant des douleurs d'expulsion, arrêter des convulsions de cette espèce, ou en prévenir la généralisation, si elles n'étaient que locales ou imminentes. Chez d'autres, il a fallu appliquer le forceps ou opérer la version. On conçoit tous les avantages que présente alors l'administration du seigle ergoté, qui peut être ici considéré comme le moyen par excellence. Les saignées seraient en général inutiles dans cette espèce de convulsion, et c'est à elles, mais à elles seulement, qu'est applicable l'assertion de M. Levrat, touchant l'utilité du seigle ergoté employé exclusivement, ainsi qu'en font foi quelques-unes des observations rapportées dans son mémoire.

Ainsi, dans le vingt-sixième cas, il s'agit d'une femme, qui, en proie à des douleurs lentes et faibles, avait, dit l'auteur, une surexcitation nerveuse très-grande, qui porta d'abord sur l'organe visuel, la malade prétendant ne plus y voir, se plaignant de vertiges. Le seigle ergoté, donné dans cette occurrence, excita d'énergiques contractions utérines; l'orifice utérin, jusques-là peu dilaté, s'élargit. Dès cet instant, les convulsions cessèrent avant même la délivrance complète, qui ne tarda pas à avoir lieu. Ce cas est analogue à celui que nous avons rapporté (page 377).

La seconde espèce de convulsions puerpérales, que nous nommons apoplectiformes, s'observe principalement chez les femmes fortement constituées; elles éclatent brusquement, se manifestent au plus fort du travail parturitif, au milieu des violents efforts auxquels la femme se livre pour faire franchir à la tête de l'enfant, soit l'o-

rifice utérin, soit le détroit pelvien supérieur. Ces convulsions sont évidemment le résultat de la congestion cérébrale veineuse qui a lieu presque constamment à des degrés variés (à cette époque extrême de l'accouchement); elle est annoncée et caractérisée par la rougeur violacée avec tuméfaction de toute la face, y compris les oreilles, le col dont les veines se dessinent en grosses saillies cordées. Il semblerait que le sang va rompre les vaisseaux, jaillir de la surface de la peau : tout-à-coup les mâchoires se serrent, les yeux saillent et se contournent inégalement; la tête se renverse, tout le corps se raidit violemment; l'air s'échappe des lèvres vibrantes avec un bruit stertoreux.

Ce ne sont plus ici de simples mouvements spasmodiques, des convulsions cloniques; elles sont éminemment toniques, tétaniques; elles ne se montrent pas graduellement et ne se développent pas lentement comme les premières, de manière à laisser au praticien le loisir d'aviser; elles éclatent brusquement, frappent violemment, se terminent quelquefois par une mort plus ou moins instantanée, foudroyante, ou, après quelques instants de durée, sont remplacées subitement par un état général de résolution. Si la malade survit, elle peut rester hémiplégique; dans le cas de mort, l'autopsie découvre tous les signes d'une apoplexie veineuse.

Imprudent celui qui, dans ces cas, ne se hâterait de dégorger, par d'amples saignées, le cerveau si violemment congestionné! c'est là la principale, j'ai dit l'unique indication. Le seigle ergoté peut convenir ensuite, mais subsidiairement, et non plus comme moyen essentiel. C'est évidemment à cette espèce de convulsion que

se rapportent les observations dans lesquelles M. Levrat a eu l'heureuse inconséquence de pratiquer des saignées copieuses, lesquelles ont suffi, dans un cas, pour faire cesser les accidents, et ont permis, dans l'autre, de recourir avec avantage au seigle ergoté.

Dans l'observation 27, à un premier accouchement très-laborieux de deux gros enfants, et, au moment où le travail semblait devoir se terminer, des convulsions violentes avec perte de connaissance se manifestent. On eut alors recours à la saignée et à l'accouchement artificiel. « Ces deux moyens, dit M. Levrat, sauvèrent cette jeune dame d'une mort qui nous parut un instant imminente. » Nous reviendrons tout-à-l'heure sur cette observation qui, comme on le voit, contrarie l'assertion de l'auteur, puisque la saignée fut efficace sans le secours du seigle ergoté.

Mais voici qui se rapporte à celui-ci. Deux ans plus tard, la même dame étant redevenue enceinte, éprouva, le 20 août 1830, les premières douleurs de l'enfantement; mais, quoique fréquentes, elles avancent peu le travail, et la malade se plaint de vertiges et de quelques malaises portant spécialement sur les nerfs (ce sont les propres expressions de l'auteur). Il craint le retour des convulsions; mais le seigle ergoté détourna cet accident en provoquant le travail de l'accouchement. On remarquera d'abord qu'ici il y a eu seulement crainte de convulsions. Ce fait ne prouve donc rien en faveur de l'assertion établie par M. Levrat. La même chose se reproduisit au troisième accouchement chez la même personne. A dix heures, dit notre auteur, la malade éprouva de l'embarras dans la tête, la vue devint trouble; il y eut extension convulsive des mains. Alors la tête de l'enfant était

descendue très-bas dans l'excavation du bassin. Le seigle précipita sa sortie, et les accidents nerveux n'eurent pas de suite.

Enfin, M. Levrat rapporte un exemple en tout conforme à l'accouchement du sujet des observations que nous venons de citer, c'est-à-dire que des convulsions se manifestèrent subitement ; la femme, qui était d'un tempérament sanguin, allait accoucher de son second enfant. Ces convulsions étaient si violentes que M. Levrat craignit un instant que la malade ne pérît d'apoplexie. On pensera peut-être que cet accoucheur donna d'abord le seigle ergoté. Non, heureusement : il pratiqua de suite une large saignée au bras, qui calma un peu les accidents, puis il administra vingt grains de la poudre médicamenteuse, et en deux douleurs l'enfant fut expulsé ; en même temps disparurent complètement tous les symptômes de congestion cérébrale.

La troisième espèce de convulsions puerpérales, qui offre beaucoup des caractères de l'épilepsie, éclate brusquement comme la précédente ; mais, au lieu d'arriver comme celle-ci dans les derniers moments de l'accouchement, c'est presque toujours au commencement du travail, et le plus ordinairement même avant qu'il ait commencé. Ces convulsions sont communément précédées de céphalalgie, d'étourdissements, de pesanteur de tête. Dans les cas que nous avons eu l'occasion d'observer, elles paraissaient avoir été déterminées, chez les unes, par une forte émotion morale, une peur, une contrariété, une mauvaise nouvelle, un accès de colère ou d'impatience, la terreur qu'inspirait l'approche ou la crainte des douleurs de l'enfantement; chez d'autres,

par un travail assidu dans des chambres closes et fortement chauffées, etc.

Tandis que les convulsions apoplectiformes sont toniques et ne donnent lieu qu'à un accès suivi de résolution de paralysie, les convulsions épileptiformes sont plus cloniques; il y a traction de la tête d'un côté, des yeux du même côté, ainsi que des muscles de la face; flexions des doigts, des poignets, des avant-bras, qui se serrent contre la poitrine ou viennent frapper le col, la figure. Ces contractions se font par secousses comme électriques; la poitrine, l'abdomen, les membres inférieurs suivent les mêmes mouvements. Ces succussions se succèdent rapidement, jusqu'à ce que la tuméfaction violacée de la tête annonce le summum d'une congestion veineuse. Alors les secousses s'éloignent, diminuent d'intensité, et à ces convulsions succède un état général de résolution, avec état comateux profond. L'accès dure d'une à quatre à six minutes. Après autant d'interruption, il recommence; et cette succession se renouvelle pendant plusieurs heures de suite, et même des journées entières. C'est dans ce cas seulement que l'on voit parfois la langue prise entre les dents, et de l'écume sanguinolente à la bouche, signes qui viennent compléter l'analogie de forme de cette espèce avec les attaques d'épilepsie.

Nous avons dit que, contrairement aux convulsions de la seconde espèce, celles dont il est question maintenant arrivaient avant tout travail, qui, au contraire, paraît provoqué, en général, par les secousses violentes auxquelles la matrice se trouve soumise. Ainsi, tandis que le travail parturitif était cause dans les cas précédents, ici il est effet des convulsions.

La cessation complète des accès est aussi suivie de résolution générale, quelquefois de paralysies partielles; mais la suite la plus ordinaire est une perte complète de la mémoire, qui ne revient quelquefois qu'au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois.

Dans ces cas, la saignée est encore fortement indiquée; mais elle ne suffit pas pour faire cesser les accidents, qui ne sont pas non plus toujours arrêtés par l'établissement du travail parturitif, ni par la délivrance, soit spontanée, soit artificielle. L'accouchement prévient ou rend moins intense la congestion cérébrale que ramène chaque accès; mais ceux-ci n'en continuent pas moins. Il y a ici autre chose qu'une congestion; il existe un état pathologique cérébral antérieur à cette congestion, et qui forme la cause prochaine de ces convulsions redoutables. Dans l'état actuel de nos connaissances, cet état pathologique peut être désigné par la dénomination d'irritation nerveuse du cerveau et de la moelle-épinière. Quoi qu'il en soit, l'expérience a prouvé qu'aux émissions sanguines il était nécessaire de joindre l'administration des sédatifs et des antispasmodiques les plus puissants, des dérivatifs les plus énergiques. Parmi les cas de cette espèce que nous avons autrefois communiqués à la Société, il en est un dans lequel les accidents, qui avaient résisté aux sangsues, aux saignées, aux lavements irritants, aux sinapismes, aux vésicatoires, et qui avaient persévéré malgré l'accouchement provoqué, cédèrent comme miraculeusement à l'application de l'eau bouillante sur les cuisses. Quoique la terminaison de l'accouchement n'arrête pas toujours la marche de cette maladie, ainsi qu'en offre un exemple le fait que nous venons

de rappeler, on doit néanmoins considérer cette circonstance comme pouvant opérer une avantageuse dérivation. On pourrait donc dans ces cas, que M. Levrat ne paraît pas avoir observés, employer le seigle ergoté concurremment avec les autres moyens déplétifs, sédatifs et dérivatifs. Nous remarquerons que l'administration de cette substance par la bouche étant ici rendue difficile ou impossible, à cause du désordre concomitant de la déglutition, il faudrait l'introduire par les narines au moyen d'une sonde œsophagienne, ou l'injecter dans le rectum ou dans l'utérus.

A quelque époque de la grossesse que se manifeste le travail parturitif, le seigle ergoté peut l'activer. Cependant nous avons cru remarquer que son action était d'autant moins énergique ou efficace que le travail parturitif prématuré arrivait à une époque plus éloignée du terme de la grossesse. Jamais, dans les avortements des premiers mois, nous ne l'avons vu produire des résultats aussi certains, aussi prompts, aussi décisifs, que lorsqu'il est administré pour l'accouchement à terme. Souvent même il nous a paru sans action ou sans effet. Nous pourrions en rapporter d'assez nombreux exemples; nous nous bornerons à une seule observation, qui présente en outre des circonstances dignes d'être notées.

Madame B., déjà mère d'une dizaine d'enfants, étant dans sa quarantième année, fut prise, après trois mois de retard, d'une perte assez abondante, qui, persévérant malgré le repos, la saignée, etc., me détermina à administrer le seigle. L'état dans lequel je trouvai le col utérin semblait indiquer un avortement imminent, ou un polype, ou un simple état congestif. Quarante-cinq grains

du médicament furent pris en trois doses, à trois quarts d'heure d'intervalle. Il y eut quelques coliques sourdes, expulsion d'un caillot assez volumineux, puis le sang s'arrêta. Au bout de quelques jours, cette dame était revenue à son état ordinaire. Le bas-ventre, autrefois développé, resta plat; les seins s'étaient affaissés, et toute idée de grossesse s'était évanouie.

Trois mois plus tard cette dame éprouva quelques coliques dans le bas-ventre, et, pendant une d'elles, de l'eau s'échappa par le vagin. Appelé aussitôt, je trouvai l'orifice utérin dilaté et rempli par un corps globuleux, du volume d'une petite noix, assez ferme; ce corps paraissait pédiculé. En en faisant l'exploration avec deux doigts pour m'assurer de ce que pouvait être cette apparence de polype, il céda, et j'entraînai un petit fœtus que j'avais accroché par le cou. Une heure après, un placenta fut expulsé : il était très-ferme, et paraissait comme desséché.

Le fœtus, qui avait près de trois pouces de long, et tous les autres caractères dénotant l'âge de trois mois environ, était d'une couleur jaune terne, comme tanné, et d'une fermeté très-remarquable. Je ne trouvai que quelques vestiges du cordon ombilical, qui aura été macéré par les eaux amniotiques. Ainsi, le seigle ergoté n'avait rien produit, malgré l'imminence de l'avortement à trois mois de grossesse, et le produit de la fécondation, bien que privé de vie et devenu complètement étranger, était encore resté trois mois enfermé dans l'utérus.

M. Levrat rapporte plusieurs observations attestant la propriété que l'on a attribuée au seigle ergoté d'arrêter les métrorrhagies qui ont lieu hors l'état de gestation

ou de parturition. En lisant tous ces faits, on est frappé de voir que, dans les cas où le succès a été le plus marqué, il existait des signes indiquant que la matrice était déjà comme en travail pour ramener son tissu congestionné à son état normal. Ainsi il existait des douleurs sourdes, des tranchées utérines : ce qui confirme notre remarque, que le seigle ergoté a en général besoin, pour agir sur la matrice, que cet organe soit déjà disposé à se contracter. La même chose s'observe dans les engorgements congestifs sans hémorrhagies, et à ce sujet nous devons dire que c'est par erreur que quelques praticiens regardent ces engorgements, avec ou sans hémorrhagies, comme dus à une métrite, attribuant à l'inflammation les douleurs qui ne sont que le résultat des efforts de contraction du tissu utérin pour se débarrasser du sang qui l'engorge.

Nous avons eu l'occasion de rappeler (1) les succès que nous avions obtenus du seigle ergoté dans les congestions utérines hémorrhagiques, d'après les exemples précédemment donnés par MM. les docteurs Spizani, Pignacci et Cabini ; en même temps des essais analogues étaient tentés à l'Hôtel-Dieu par le professeur Récamier. M. Miquel en a publié les résultats (*Bulletin de Thérapeutique*). J'avais, en outre, expérimenté l'ergot contre les hémorrhagies symptomatiques des altérations organiques de l'utérus ; je crois devoir rappeler les considérations que je publiai à ce sujet (*Gazette médicale*, 1833, p. 142).

« D'après leurs rapports avec les lésions de l'utérus, les hémorrhagies de cet organe peuvent être rapportées à

(1) Traité des altérations organiques de la matrice.

quatre séries, auxquelles correspondent les trois effets d'efficacités, d'incertitude, et de nullité d'action du seigle ergoté.

» 1° L'hémorrhagie est essentiellement liée à l'affection utérine; elle en est une conséquence, en même temps que le signe pathognomonique. Telle est celle qui a lieu dans l'espèce d'engorgement que j'ai désigné sous le nom caractéristique de sanguin hémorrhagique. Le seigle ergoté réussit complètement à arrêter l'hémorrhagie dans ces cas. Son efficacité est constante (néanmoins sous certaines conditions précédemment établies) quand l'affection est encore à son premier degré ou période. Il peut ne plus suffire lorsque le second degré est arrivé, parce que le tissu utérin, distendu outre mesure ou macéré par le sang qui s'engorge, a perdu la faculté contractile qui le rendait susceptible de répondre à l'action du médicament. Alors l'ergot uni aux astringents énergiques peut encore offrir des chances de succès. Il n'y a plus de modifications possibles à espérer lorsque l'engorgement est parvenu à son troisième degré, alors qu'il revêt les formes de cancer mou. La désorganisation est telle dans les tissus affectés, que le seigle ergoté, pas plus que tout autre médicament, ne peut plus y avoir de prise.

» 2° Dans les autres altérations organiques, comme la métrite chronique, le squirrhe, le carcinome, les tumeurs fibreuses, l'hémorrhagie ne provient pas d'ordinaire de la partie altérée : elle est fournie par les parties restées saines. Elle paraît être le résultat de la distension que ces parties éprouvent par le voisinage de l'engorgement, de l'irritation qu'il détermine, du mouvement fluxionnaire et congestif qu'il y excite. Ici encore l'hé-

morrhagie, de même nature que celle de la première série, peut être combattue avec avantage par le seigle ergoté.

» 3° Enfin les hémorrhagies symptomatiques d'ulcères rongeants, de cancers ulcérés provenant de vaisseaux développés d'abord par l'altération, puis eux-mêmes envahis et détruits par elle, éludent l'action de l'ergot.

» 4° Enfin ce médicament est sans action contre les hémorrhagies provenant des excroissances fongueuses, le fongus hématode, etc...»

S'il faut en croire un certain nombre d'observations, le seigle ergoté n'agirait pas seulement en déterminant la contraction, le retrait du tissu utérin; il jouirait aussi de propriétés essentiellement hémostatiques qui le rendraient également propre contre toute hémorrhagie par exhalation, quel qu'en soit le siége. On trouve, d'après le relevé du docteur Bayle, que l'on a arrêté par ce moyen quatre épistaxis, huit hémoptysies, deux hématuries, une hématémèse. M. Levrat, de son côté, rapporte des cas dans lesquels le seigle a arrêté l'hémoptysie dans trois, un épistaxis et une hématémèse. Nous l'avons aussi essayé dans des cas analogues, mais nous avons eu des succès nuls ou tellement incertains que nous avons dû l'abandonner.

Ce que nous avons dit sur les conditions nécessaires à l'action du seigle ergoté administré comme moyen expulsif du produit de la conception, s'applique aux cas d'hydatides et de polype. Nous l'avons vu réussir toutes les fois que l'utérus paraissait en travail pour se débarrasser de ces corps organiques, et être sans résultat lorsque nous l'avions administré dans les cas contraires. Cette condition existait évidemment dans le fait de môle hydatique que donne M. Levrat. Une dame, après quelques

mois de mariage, éprouvant une suppression de règles, se crut enceinte; mais, au bout de quelque temps, des pertes successives très-considérables vinrent détruire ses espérances. Quand M. Levrat la vit, elle éprouvait, dit-il, une perte assez forte, des douleurs assez vives dans la région sacro-lombaire, et quelques coliques. Au toucher, il reconnut une masse de chair formée de petites tumeurs dures dont quelques-unes étaient engagées dans l'orifice utérin. Ainsi donc, le travail expulsif était en pleine activité, et le seigle ergoté, qui fut alors administré, ne fit qu'augmenter l'énergie des contractions utérines.

Contrairement à ce que semblaient promettre les observations de Bazzoni, qui sur huit cas de leucorrhée prétend en avoir guéri sept au moyen du seigle ergoté, M. Levrat dit n'avoir obtenu que de très-faibles et très-rares avantages. Pour nous, jamais nous n'avons vu ce médicament exercer la plus légère influence anti-leucorrhéique, et cependant nous l'avons donné dans des cas très-simples, à doses élevées et répétées.

Partageant l'opinion du plus grand nombre des praticiens, M. Levrat ne pense pas que le seigle ergoté soit abortif, bien qu'il n'apporte aucun nouveau fait à l'appui. Nous pourrions en citer un analogue à celui dont M. le docteur Roche a entretenu l'Académie de médecine il y a quelques années, et donner aussi comme exemple l'observation que nous avons précédemment décrite d'un avortement imminent qui ne fut pas accompli immédiatement, malgré l'administration de cette substance.

Au reste, si l'on considère, 1° que les effets de l'ergot comme parturitif sont d'autant moins marqués qu'il est administré à une époque plus éloignée du terme de la

grossesse; 2° qu'il n'a généralement d'action que quand il y a commencement de travail, ou au moins tendance de la matrice à se contracter, on peut en conclure que ce médicament n'est susceptible de favoriser l'avortement que quand il y a imminence de cet accident, qui arriverait probablement sans le secours de l'ergot. Voilà pourquoi nous employons l'expression favoriser, et non celle de provoquer.

Il est une grave affection que redoutent quelques médecins, de l'emploi du seigle ergoté, affection qui, dans certaines contrées et à certaines époques, s'est montrée épidémiquement : l'*ergotisme*. Jusqu'à présent les faits n'ont pas justifié cette crainte, et sur le très-grand nombre de cas dans lesquels on a administré l'ergot, il ne s'en trouve que deux qui la motiveraient, et encore pourrait-on jusqu'à un certain point contester la part que le seigle ergoté a eue dans la production des accidents. L'un de ces faits appartient à M. Levrat: une femme, à laquelle une sage-femme avait administré, pour hâter l'accouchement, une dose d'ergot qu'on n'a pas fixée, mais que M. Levrat évalue, d'après des renseignements plus ou moins exacts, à plusieurs gros, éprouva, peu de temps après l'accouchement, des douleurs excessives dans les extrémités des doigts, et des engorgements lymphatiques partiels remarquables surtout dans l'épaisseur des téguments des bras. Cet état, qui dura fort long-temps, se termina par la perte de l'extrémité de quelques doigts. Tous ces phénomènes furent accompagnés d'une excitation très-vive des voies gastro-intestinales. Les urines déposaient un sédiment qui ressemblait beaucoup à du fromage blanc. La malade a très-bien guéri.

On pourrait appliquer à cette observation les justes reproches que M. Levrat adresse à l'auteur anonyme du second fait, à peu près analogue au sien, et publié dans le numéro de juin 1832 de la *Gazette médicale*. «Quand on avance, dit le médecin de Lyon, des faits d'une aussi grave importance, ils ne devraient pas reposer sur des preuves équivoques.» «Pour qu'un fait semblable, ajoute-t-il plus loin, mérite confiance, il devrait être accompagné de détails plus clairs et plus positifs.....»

Au reste, nous remarquerons que dans ces deux cas l'ergotisme se serait montré après l'emploi très-passager de l'ergot, tandis que l'on attribue généralement cette maladie à son usage continué, comme à sa présence dans le pain, dont on fait journellement sa nourriture; tandis que dans tous les cas où l'on a thérapeutiquement administré ce médicament à doses élevées, répétées et prolongées, on n'a nullement observé de ces résultats graves. Nous-mêmes avons donné ainsi le seigle ergoté jusqu'à cinq à six onces dans l'espace de cinq à six semaines, sans qu'aucun phénomène toxique se soit manifesté.

Nous dirons pour conclure, que si M. Levrat-Perroton a émis quelques opinions au moins hasardées, si le plus grand nombre des observations qu'il rapporte n'ajoutent rien de nouveau à ce que l'on savait déjà touchant les propriétés thérapeutiques du seigle ergoté, on ne peut méconnaître que quelques-unes n'étendent avantageusement le champ de ses applications comme moyen obstétrical.

DE

LA CURE RADICALE DES HERNIES;

PAR M. LE DOCTEUR BELMAS,

Ancien chef des travaux anatomiques de la faculté de médecine de Strasbourg.

(Suite et fin (1).)

Si, jusqu'à présent, dans l'exposé de tous les moyens proposés pour guérir radicalement les hernies, nous nous sommes bornés à de simples indications, c'est que les anciens procédés se retrouvent dans l'histoire de l'art, et que ceux d'une date plus récente ont été l'objet de nombreuses publications. Par des motifs opposés, nous croyons devoir entrer dans plus de détails sur nos recherches, et faire connaître, autant qu'il nous sera possible, le procédé que nous avons imaginé.

Nous le savons, les différents agents, en rapport avec les membranes séreuses, exercent sur elles leur influence de plusieurs manières : les uns décomposent leurs éléments organiques, les cautérisations; les autres interrompent la continuité des tissus, les incisions; quelques-uns altèrent leur circulation et celles des parties voisines, les ligatures, la compression; plusieurs modifient simplement les propriétés vitales, les corps étrangers.

(1) Voir le précédent cahier de la *Revue*.

Nous le savons encore, le résultat de toutes ces actions diffère suivant l'espèce d'inflammation qu'elles sont susceptibles de provoquer. Cette inflammation est résolutive, si, disparaissant promptement, elle ne laisse aucune trace après elle; nous la nommons extensive si, développée dans un point, elle s'étend au loin et envahit toute l'étendue de la membrane; elle devient suppurative lorsque ses produits ont le caractère du pus; éliminative, quand il y a tendance à l'expulsion d'un corps étranger; et enfin adhésive, si elle a seulement pour conséquence l'union réciproque des feuillets séreux. L'observation attentive d'un grand nombre de faits nous a conduit à penser que ce dernier mode d'inflammation, seul capable de conduire à des résultats satisfaisants dans le traitement des hernies, ne pouvait être provoqué, d'une manière régulière, que par la présence de corps étrangers absorbables déposés entre les feuillets séreux.

Nos expériences ont été variées à l'infini; l'examen détaillé de chacune d'elles serait long, fastidieux, et ne prouverait rien, sinon qu'il nous est arrivé ce qui arrive toujours en pareil cas : c'est que, avant d'expérimenter avec des moyens simples, toûtes nos tentatives ont été très-compliquées, confirmant ainsi par notre propre exemple cette pensée de Stahl, qu'il est de la nature de l'esprit humain de rechercher les détours les plus éloignés avant de parvenir à la vérité la plus simple : « Ingenium humanum mavult implicatiores et operosos respectus, præ » simplici veritate. »

Nous imaginâmes, entre autres tentatives, de faire une ponction au ventre d'un animal, de glisser le long de la

canule du trocart une petite vésicule de peau de baudruche vide, de l'insuffler, de l'abandonner pendant quelque temps, puis, de laisser échapper l'air, et de retirer ensuite par degrés le petit corps étranger. En agissant ainsi, nous espérions que la petite vésicule, gonflée, provoquerait par sa présence une exsudation albumineuse, et qu'ensuite, revenue sur elle-même, elle pourrait être ramenée au dehors en laissant derrière elle tous les éléments nécessaires à l'accomplissement d'un travail adhésif. Après bien des essais infructueux, nous reconnûmes que, le collet des vésicules ne pouvant résister aux frottements exercés par les intestins, elles étaient emportées loin du lieu où nous les avions placées; chose remarquable, toujours en haut, jamais en bas.

Cependant, comme nous avions observé le commencement d'un travail adhésif autour des vésicules entraînées, tantôt entre le foie et l'estomac, celui-ci et la rate, tantôt entre les replis de l'épiploon, nous prîmes le parti d'expérimenter avec de petites poches membraneuses pleines d'air, abandonnées librement dans la cavité du ventre.

Les résultats de ces premières expériences sont curieux à tous égards, soit qu'on examine les modifications qu'éprouve le tissu des vésicules, les altérations de l'air qu'elles contiennent, enfin l'influence exercée par le petit corps étranger sur les parties contiguës.

Abandonne-t-on, en effet, dans le péritoine d'un chien, une vésicule remplie d'air du volume d'une noisette; le tissu de cette petite poche se ramollit, se gonfle par imbibition de la sérosité, et, en moins de vingt-quatre heures, adhère fortement aux parties voisines. Cherche-

t-on à rompre ces adhérences, on éprouve une certaine résistance, et on écarte une infinité de filaments qui s'allongent par la traction et finissent par se rompre. La séparation opérée, le péritoine, au point de contact, se montre légèrement épaissi, rugueux, et parsemé de petits points rouges; la plus grande partie de l'air contenu dans la vésicule a disparu; à sa place, on trouve d'abord de la sérosité transparente, puis elle se trouble, et dépose des filaments albumineux, dont l'agglomération augmente de jour en jour. D'un autre côté, le tissu du petit récipient membraneux, pénétré de plus en plus par la sérosité péritonéale, se ramollit, se réduit en une espèce de pulpe, et finit par être absorbé. Si l'on vient à chercher la vésicule trois mois après son introduction, on ne retrouve plus qu'une adhérence globuleuse, une espèce de noyau fibreux, et, chose remarquable, nulle autre trace d'inflammation ou d'adhérences dans la cavité du péritoine.

Ces expériences, plusieurs fois répétées, nous permirent de suivre de moment en moment la marche et les résultats de l'irritation des séreuses, provoquée par l'action d'une substance absorbable. Voyant s'établir sans trouble dans l'économie, des adhérences noduleuses au milieu du péritoine, nous crûmes qu'en développant un semblable travail au col des sacs herniaires, nous parviendrions à remplir une des principales conditions nécessaires à l'accomplissement de la cure radicale des hernies : le raisonnement et l'expérience avaient démontré la possibilité de ce résultat pendant plusieurs années, nous avons cherché à l'obtenir.

Étant parvenu à nous procurer à grands frais plus de

trente chiens affectés de hernies, nous les avons opérés : sur le grand nombre de ces animaux, l'oblitération des sacs a eu lieu ; chez d'autres, le sac s'est seulement trouvé rétréci; toutefois, comme les animaux n'avaient éprouvé aucun accident, comme tous les phénomènes avaient été simples, comme le défaut de réussite pouvait, dans beaucoup de cas, être attribué à des circonstances accidentelles, particulièrement à l'impossibilité de maintenir par la compression des rapports exacts entre les parties, nous fûmes conduits à penser que, chez l'homme, des tentatives analogues pourraient conduire à des résultats satisfaisants, et, dans cette conviction, nous imaginâmes le procédé suivant.

1° Les parties étant réduites et retenues par un aide, pratiquer une petite incision au point le plus déclive du sac herniaire. 2° Introduire, par l'ouverture faite au sac, une canule dont l'extrémité doit s'appuyer sur la paroi antérieure de la poche herniaire au niveau de l'anneau. 3° Glisser le long de la canule conductrice un stylet trocart qui, traversant le sac et les téguments, permet de ramener au dehors un tube métallique auquel est fixée une vésicule de peau de baudruche vide. 4° Insuffler cette vésicule, la maintenir distendue en fermant un petit robinet, puis exercer une pression modérée, afin d'appliquer exactement le sac contre le corps étranger. 5° Le jour suivant, laisser échapper l'air de la vésicule, et, par de légères tractions, attirer au dehors le petit collet métallique, de manière que la substance animale reste seule dans le sac.

Les résultats de la première opération ont été un gonflement régulier de la poche herniaire par une matière

albumineuse, résorption prompte du liquide exhalé, retour du sac sur lui-même, persistance d'un noyau d'induration au niveau de l'anneau ; guérison du malade.

Dans la seconde opération, faite pour un cas de hernie congéniale, l'introduction d'une vésicule très-grande, la séparation de cette vésicule et des liens qui la maintenaient, le retour imprévu du testicule, entraînant avec lui dans le ventre la poche membraneuse et un long fil de soie, ont amené des accidents nombreux, tels que fièvre intense, symptômes nerveux, douleurs au-dessus du sac herniaire, distension de ce dernier par une sérosité lactescente, long écoulement de cette matière : après la disparition de ces symptômes, absence du testicule dans les bourses, adhérences intimes de la tunique vaginale et du scrotum à l'anneau ; contre cette ouverture, se voit une saillie qui, en raison de sa forme, du mode de sensibilité qu'on y développe, en la pressant, paraît formée par le testicule ; au-dessus de lui existe un noyau dur, profond, assez étendu, espèce d'induration due à l'action de la vésicule et de la soie entraînée par cet organe.

La troisième tentative, faite sur une femme, a été peu concluante : une vésicule ayant été placée dans le sac, la malade fut tellement effrayée par des propos indiscrets, qu'il fallut se décider à retirer le petit corps étranger ; cependant, comme le sac avait été convenablement impressionné, il se tuméfia légèrement, puis, en revenant sur lui-même, il forma, au niveau de l'ombilic, une espèce de petit bouchon, qui s'est efficacement opposé au retour de la hernie.

Tout semble avoir concouru à rendre funestes les suites de la quatrième tentative, faite sur un vieillard affecté

de deux hernies. Le vif désir que cet homme avait d'être débarrassé de l'une d'elles, engagea à tenter sur lui ce que l'on avait déjà pratiqué sur d'autres ; et pour mieux lui faire connaître l'importance de l'opération, les instruments eux-mêmes furent mis sous ses yeux. Sa résolution restant inébranlable, on opéra : mais le courage du malade ne tarda pas à l'abandonner ; à peine eut-on incisé la peau, qu'il montra la plus grande indocilité, et ce ne fut qu'avec des difficultés sans nombre qu'on parvint à porter une petite vésicule au niveau de l'anneau. Tout semblait marcher d'une manière régulière, lorsqu'il se développa une violente inflammation érysipélateuse, les téguments tombèrent en gangrène, et le malade succomba. Des personnes présentes à l'autopsie nous ont assuré que le péritoine était dans son état d'intégrité ; quoi qu'il en soit, en présence d'un fait aussi grave et si peu en rapport avec le premier succès obtenu, nous eûmes besoin de nous rappeler, qu'à leur début, presque toutes les découvertes chirurgicales ont été signalées par des accidents, et que sans le courage réfléchi d'hommes laborieux, qui n'ont point été découragés par des revers, au lieu d'avoir à notre époque à enregistrer des innovations utiles, il ne nous resterait qu'à signaler l'impuissance de l'art.

Après de mûres réflexions sur tous les faits observés, nous restâmes convaincus de la possibilité d'obtenir l'oblitération du col des sacs herniaires, par la présence de substances absorbables ; mais nous pensâmes que les vésicules comportaient beaucoup trop de matière, eu égard à la vitalité de la portion de séreuse qui forme le contour du col des sacs herniaires ; en un mot, qu'il n'y avait pas de rapports convenables entre la substance à absorber

et les forces absorbantes ; nous regardâmes encore l'insufflation des vésicules comme une complication inutile, et nous prîmes la ferme résolution, quelles que fussent désormais nos tentatives, de bannir les incisions, en raison des douleurs qu'elles provoquent et des accidents qui peuvent les suivre.

Dans ces nouvelles idées, nous avons expérimenté de mille manières, et, pour ne citer que des résultats, nous trouvâmes que de simples petites bandelettes linéamenteuses de peau de baudruche, étendues sur des filaments de gélatine desséchée, développaient, au contact des feuillets séreux, le travail adhésif que nous cherchions à obtenir.

Nous ne ferons qu'indiquer sommairement les modifications observées à plusieurs époques et qui résultent de la présence de filaments gélatino-membraneux placés entre les feuillets de la tunique vaginale des animaux ; si nous avons préféré agir sur cette tunique, c'est parce qu'elle offre chez les chiens la plus grande analogie avec le sac herniaire ; comme lui, elle est formée par un prolongement du péritoine, comme lui, elle communique constamment avec la cavité du ventre ; ainsi que lui, dans les hernies inguinales, du moins, elle a des rapports intimes avec le testicule.

A peine le petit corps étranger est-il en rapport avec la séreuse, qu'il se ramollit, s'adapte à la forme des parties; bientôt la gélatine se fond, est absorbée, et débarrasse la petite bandelette de peau de baudruche, dont l'action devient plus directe sur la membrane séreuse ; il semblerait que la portion la plus tenue du liquide exhalé pénètre le corps étranger, tandis que celle qui est coagulable, en se

Après des essais et des tâtonnements sans nombre sur les animaux et sur le cadavre, nous nous sommes décidés à faire sur l'homme l'application de notre nouveau procédé. Dix individus ont été jusqu'à présent soumis à l'opération ; qu'il nous soit permis de signaler ce chiffre : il est assez élevé, nous le pensons, pour donner à notre travail quelque importance sous le rapport pratique. Des dix malades opérés, deux ont quitté leur pays après l'opération, ils nous ont annoncé leur guérison ; nous insisterons peu sur ce résultat satisfaisant, ne pouvant en administrer la preuve. Sur trois sujets , le succès ne s'est point démenti : l'un d'eux, opéré il y a deux ans, est mort récemment ; le chirurgien du lieu, voulant reconnaître l'état des parties, crut devoir s'introduire dans le cimetière, déterrer le cadavre et faire l'autopsie : malheureusement, la justice ayant été informée, il vient d'être condamné à la prison et à une amende. C'est le second procès qui nous a été fait depuis que nous avons commencé notre travail. En rappelant cette circonstance, nous voulons seulement montrer tous les genres de difficultés que nous avons déjà rencontrées, et devant lesquelles nous ne nous sommes point arrêtés, tant nous sommes convaincus de l'utilité de nos recherches.

Sur trois malades opérés, l'oblitération du col du sac herniaire a été obtenue; mais l'anneau n'ayant point été suffisamment soumis à une compression prolongée, il est arrivé que le point oblitéré a été repoussé par les intestins. Nous avons de nouveau soumis ces malades à l'ap-

---

instrument font espérer qu'il remplira toutes les conditions voulues.

plication d'un bandage, et le retour de l'anneau sur lui-même est déjà tel que nous espérons encore une guérison définitive. Enfin, deux sujets ayant été forcés d'abandonner trop promptement des bandages qui les faisaient souffrir, ont vu leur hernie reparaître comme avant l'opération. Ces deux individus sont très-disposés à se laisser opérer de nouveau, et si nous n'avons point encore fait sur eux une seconde tentative, c'est pour ne point amener de complication dans l'appréciation des résultats que nous cherchons à obtenir.

Nous venons de dire, comme nous le devions, la vérité sur les conséquences de nos premiers essais, nous la dirons aussi sur les circonstances défavorables dans lesquelles ils ont été faits. Par des raisons qu'il serait trop long de développer, nos opérations, excepté une, ont été pratiquées loin de Paris : tous nos opérés, livrés aux travaux les plus pénibles, les ont repris immédiatement après avoir été soumis à nos moyens ; parmi eux, nous comptons des batteurs en grange, des tisserands, des matelots. Bien que nous ayons appliqué un bandage aussi bon que les localités le permettaient, nous n'avons pu, comme cela importerait tant au succès, ni surveiller exactement les malades, ni acquérir la certitude que la compression se maintenait ferme et régulière, ni prévenir les mauvais effets de l'incurie des malades, ou de leur impatience mal calculée. Malgré tous ces désavantages évidents, c'est avec satisfaction que nous pouvons déclarer qu'aucun accident, aucun trouble ne sont survenus ; ce point est important, nous le signalons à l'attention des praticiens.

Que si la guérison permanente des hernies n'a point

été obtenue dans tous les cas cités, ils admettront peut-être avec nous que plus d'habitude dans la pratique de l'opération, plus de docilité de la part des malades, l'usage de moyens compresseurs convenablement modifiés, contribueront à assurer le résultat d'une opération délicate qui jusqu'à présent a été réduite pour les malades à une simple piqûre.

Maintenant que nous avons montré quel esprit a dirigé nos travaux, que nous avons fait connaître les résultats obtenus, nous croyons devoir entrer dans une discussion sur la valeur du moyen que nous proposons. Nous n'avons pas la prétention d'entraîner des convictions; nous voulons seulement prévenir les préventions défavorables, et, pour y parvenir, loin de nous soustraire aux objections, nous irons au-devant d'elles, et, avec la réserve qu'inspirent des faits bien constatés, nous tâcherons de les combattre.

Les appréhensions viendront, nous le supposons du moins, de deux sources principales : d'une part, on redoutera l'effet des différentes manœuvres exercées dans le procédé opératoire; d'autre part, la présence d'un corps étranger, abandonné dans le sac, fera naître des inquiétudes.

En adoptant la piqûre comme moyen d'introduction des filaments gélatino-membraneux, nous avons voulu, autant que possible, épargner des douleurs aux malades. C'est en effet avec la plus grande facilité que la pointe du stylet trocart traverse la poche herniaire, dont les parois rapprochées forment un pli soutenu dans tous les sens par les doigts de l'opérateur. Nous nous rappelons encore un malade qui, ayant été opéré par nous, croyait n'avoir

supporté qu'une action préparatoire devant être suivie de manœuvres plus pénibles. Qu'on nous permette d'insister sur le peu de douleur qu'entraîne après elle l'action de notre aiguille ; c'est un des grands avantages du nouveau procédé, car, sans cette condition, une méthode, même plus efficace, ne deviendrait jamais d'une application générale, tant est grande la pusillanimité des individus affectés de hernie. D'ailleurs l'absence de la douleur est une garantie pour le succès de l'opération ; elle prouve qu'on laisse les parties dans cet état d'intégrité nécessaire à l'accomplissement du travail adhésif; elle permet d'espérer qu'en ménageant la sensibilité des malades, on évitera ces troubles généraux, complication trop fréquente de certaines opérations, qui, à la douleur près, semblent n'offrir aucune gravité.

La faculté qu'ont les séreuses de supporter impunément des piqûres est une circonstance dont on doit tenir compte, et, sans citer ici les expériences qui nous sont propres, rappelons seulement que chaque jour on fait, sans inconvénient, la ponction de l'hydrocèle, celle de l'abdomen ; peut-être, dans la multitude des faits observés, trouverait-on des cas malheureux ; mais quelques exceptions peuvent-elles infirmer une règle générale ? Qui oserait prétendre que les symptômes, parfois si graves, produits par la saignée devraient faire rejeter l'un des moyens les plus puissants de l'art de guérir ?

Mais, nous dira-t-on, ce n'est point une simple piqûre que vous faites au sac ; pendant toute la durée de votre opération, quelque courte que vous la supposiez, le sac herniaire doit être exposé à des tiraillements et des frottements sans nombre. Que répondre ? sinon que la tige

de l'instrument étant plus petite que la pointe, les mouvements de glissement des parois de la poche herniaire se font avec la plus grande facilité. Quant aux frottements supportés par les parties, il est bon de signaler une disposition particulière de notre instrument, qui permet à ses différentes pièces de se mouvoir dans deux petites canules maintenues fixes. Il n'est sans doute pas besoin d'insister davantage sur les précautions que nous avons prises pour mettre les tissus à l'abri de toute violence. D'ailleurs, le sac serait-il dans le cas de supporter quelques frottements, on ne devrait pas en redouter les conséquences ; ils sont peut-être, de toutes les actions mécaniques, celles dont les séreuses semblent le moins souffrir. Est-ce parce que, dans l'état normal, elles sont déjà appelées à en supporter ?

Des chirurgiens, toujours craintifs quand il s'agit des opérations des autres, redouteront la lésion de l'intestin au moment où on traverse le sac de part en part. Desault répondait à ceux qui lui exprimaient les mêmes craintes : « Acquérez de l'habitude, et vous reconnaîtrez facilement, en faisant glisser l'une sur l'autre les parois opposées du sac, la présence d'une anse intestinale qui s'y trouverait encore. »

Ce qui nous est arrivé prouve que la sortie des parties pendant l'opération ne doit être regardée que comme une complication sans importance. Déjà sur un malade le sac était traversé par notre aiguille lorsque, la compression ayant été discontinuée, l'intestin vint frapper contre l'instrument. Nous le réduisîmes, et l'opération fut aussi simple que de coutume.

En admettant la sortie de l'intestin peu de temps après

l'opération, nous croyons qu'il serait très-facile de le réduire, et qu'on devrait encore espérer d'heureux résultats, tant est grande la promptitude avec laquelle les filaments adhèrent aux feuillets séreux.

Nous ne laisserons pas établir que notre procédé expose à la blessure du cordon. Ce faisceau vasculaire est le principal guide dans notre opération ; rien ne peut se faire méthodiquement s'il n'est fixé entre le pouce et l'indicateur. Comment supposer que, protégé par l'extrémité de ces deux doigts, il puisse être lésé, et en admettant même l'éparpillement des vaisseaux du cordon, on n'aurait rien à craindre, attendu que ce n'est point au niveau de l'anneau, mais bien vers le fond du sac que leur divergence a lieu.

Il est encore un argument dont nous reconnaissons toute l'importance ; c'est celui qui porte sur le peu de certitude de placer exactement dans le sac herniaire les filaments gélatino-membraneux. Il faut l'avouer, c'est là que reposent toutes les difficultés. Cependant, nous avons pu remarquer que, dans les dernières opérations, nous avions moins d'hésitation, soit parce que nos doigts sont plus exercés, que notre attention est moins distraite par les craintes qui nous préoccupaient, soit enfin grâces à certaines précautions que l'expérience seule peut enseigner. Nous le sentons, nous avons encore besoin de ses leçons; mais, dès que nous serons éclairés par elle, nous transmettrons aux autres tout ce qu'elle aura pu nous apprendre. Jusque-là nous continuerons nos tentatives dans le silence, sans trop nous occuper des conséquences que pourrait avoir la non-introduction des filaments gélatino-membraneux dans le sac ; car, ou cette introduc-

tion a été faite d'une manière régulière sur nos dix premiers malades, et alors on ne peut pas lui supposer de difficultés, ou, sur quelques-uns, les filaments ont été placés dans le tissu cellulaire; mais, comme chez aucun des opérés il n'est survenu d'accidents, il est impossible de regarder l'erreur de lieu comme devant avoir des conséquences graves.

L'oblitération du sac herniaire sera-t-elle obtenue à une hauteur convenable? est une question à laquelle nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative, en faisant même abnégation des faits que nous avons observés. Rien ne s'oppose, dans notre procédé, à ce que les filaments soient déposés au niveau de l'anneau. On peut même, en inclinant les canules, engager ces filaments au-delà de l'ouverture aponévrotique, et, en admettant pour un moment qu'il n'en soit point ainsi, les idées de Scarpa et de Delpech militeraient en faveur des résultats d'une oblitération qui semblerait avoir lieu dans un point trop déclive.

« Lorsqu'une hernie se montre, dit le célèbre professeur de Pavie, les fibres du contour de l'anneau sont repoussées en haut, ses piliers sont écartés, renversés en dehors; la hernie continue-t-elle à faire des progrès, l'anneau s'agrandit de plus en plus dans le sens de sa largeur, ce qui ne peut avoir lieu sans entraîner une diminution progressive de la longueur du canal inguinal. » Maintenant, que l'oblitération du sac soit obtenue immédiatement à l'endroit où il se dégage de dessous l'aponévrose, n'est-il pas raisonnable de penser que la hernie étant maintenue réduite avec soin, les fibres aponévrotiques de l'anneau cessant d'être relevées et écartées, le canal

inguinal se rétablira, retrouvera son obliquité, et l'oblitération se trouvera plus près de son orifice supérieur qu'on aurait pu d'abord le supposer.

Les remarques faites par le chirurgien français viennent trop directement à l'appui de notre opinion pour avoir besoin de commentaire. « Quand un bandage a été appliqué avec exactitude, non-seulement l'ouverture par laquelle s'échappaient les parties se resserre, mais encore le sac qui les contenait remonte peu à peu dans la cavité principale dont il dépend, c'est-à-dire que la membrane qui le forme cessant d'être violentée, tiraillée par l'issue fréquente de la hernie, revient sur elle-même, et rappelle la portion distendue et entraînée au dehors par les organes déplacés. »

Nous croyons qu'il est temps de clore la discussion dont notre procédé vient d'être l'objet. Sans doute nous n'avons pas pu prévenir et combattre toutes les objections qui se présenteront à l'esprit des chirurgiens; mais, occupés comme nous le sommes d'une question importante, nous renonçons à entrer dans des détails secondaires pour ne nous arrêter qu'aux points principaux.

L'abandon de corps étrangers dans le col des sacs herniaires inspirera des craintes à ceux qui, n'ayant pas comme nous observé minutieusement une nouvelle série des phénomènes, ne se rappelleront que les accidents provoqués par des agents extérieurs portés violemment dans les cavités séreuses. Si nous leur opposions nos expériences, ils prétendraient que conclure directement des animaux à l'homme serait une préoccupation dangereuse. Cependant la chirurgie doit beaucoup à ces essais comparatifs;

ils sont même une nécessité dans l'étude de certaines opérations, dont les résultats ne peuvent être suffisamment appréciés sur l'homme, et l'illustre auteur de l'entérotomie ne dédaigne pas, avant de proclamer les succès qu'il a obtenus chez ses malades, de faire connaître ses tentatives sur les animaux.

Quant à nous, pour obéir à toutes les exigences, laissant de côté les faits que du reste on réclamerait si nous n'en possédions pas, nous allons tâcher, par le raisonnement, de dissiper les appréhensions nées de l'influence des corps étrangers introduits dans le sac herniaire.

Les filaments dont l'ensemble constitue l'agent dont nous avons fait choix sont excessivement déliés ; tous se composent d'un petit cylindre de gélatine, recouvert par une pellicule membraneuse. Ces deux substances sont des matières animales, et, sous ce rapport déjà, on doit moins redouter leur influence sur le sac. La gélatine, espèce de mandrin de la petite lanière membraneuse, est d'abord assez résistante ; mais à peine son contact avec la séreuse a-t-il lieu, qu'elle se fond et est absorbée. Une fois la petite pellicule devenue libre, elle reprend sa flexibilité naturelle, formée de lamelles superposées, la sérosité la pénètre facilement; imbibée de liquides animaux, elle s'homogénéise pour ainsi dire avec nos tissus, perd toutes ses qualités irritantes, et, semblable à une fausse membrane, elle devient l'occasion d'un travail adhésif.

De telles idées sont nées de l'observation attentive de trop de faits pour être considérées comme de simples probabilités ; elles équivalent à une démonstration.

Quelques praticiens, forcés par l'évidence des faits de reconnaître la possibilité de développer l'adhésion des

parois du col des sacs herniaires, penseront que les adhérences sont trop limitées pour résister à l'effort des parties; mais la force des adhérences qui unissent des feuillets séreux n'est point en raison de leur étendue. Tous les jours nous voyons sur le cadavre des adhérences très-circonscrites offrir la plus grande résistance. D'ailleurs, ce n'est pas sur une simple ligne que nous les provoquons, mais bien sur plusieurs points à la fois et dans différentes directions, de manière que, se soutenant mutuellement, elles puissent mieux résister aux efforts qu'elles auront à supporter.

Nier que l'oblitération du sac soit une condition essentielle dans la cure radicale des hernies, est une opinion trop en dehors de nos idées pour que nous ne cherchions pas à la combattre par tous les moyens possibles. Et prouvons d'abord qu'elle n'a point été partagée par les chirurgiens les plus recommandables.

Les uns ont toujours pris soin de consigner les cas de guérison dans lesquels cette oblitération a été observée. Saviard parle d'individus dont le sac herniaire n'ayant plus de communication avec l'abdomen, était même distendu par de la sérosité accumulée dans son intérieur. Arnaud prétend avoir vu sur plusieurs sujets, guéris radicalement de leurs hernies, les parois du sac tellement collées, que les parties ne pouvaient plus s'y engager.

La nécessité de l'oblitération du col des sacs herniaires a été plus formellement reconnue par d'autres chirurgiens non moins recommandables. En France, Ledran établissait que, pour obtenir la cure radicale des hernies, l'oblitération du col du sac était nécessaire. En Allemagne, Richter prétendait que c'était le but vers lequel de-

vaient tendre tous les efforts. En Angleterre, Pot s'exprimait ainsi : « In recent cases, this sac, from its soft thin » state, is capable of having its upper part or neck, so com» pressed, as either to procure an union of the sides with » each other, or at least so to lessen the diameter of ist » passage as to prevent the descent of any thing into it » from the belly : this produces what is commonly called a » perfect cure. » Ce n'est pas seulement parmi nos prédécesseurs qu'on voit accorder une telle importance à l'oblitération du col du sac. De nos jours, Lawrence admet en principe que le retour des hernies serait moins probable si l'ouverture du péritoine était oblitérée par adhésion, que si elle continuait à être perméable.

A ceux qui prétendront que l'obligation de porter un bandage quelque temps après notre opération est une preuve de son insuffisance, nous répondrons : La nécessité d'une compression exacte se fait sentir aux malades dès le moment de l'apparition de leur hernie. Ils ne peuvent jamais songer à s'y soustraire. Or, quel reproche est-on en droit d'adresser à un procédé qui ne la réclame que pendant un temps déterminé. Nous ajouterons : La possibilité de mettre en pratique notre moyen, sans interrompre l'application du bandage, est un de ses plus grands avantages. Pour le nier, il faudrait oublier qu'un contact immédiat est indispensable à l'accomplissement d'une adhésion interne entre deux feuillets séreux. Qu'on dise maintenant quel est le procédé qui permet le mieux de remplir cette condition.

Il est encore un argument plus spécieux que vrai auquel nous devons nous attendre : « Si l'oblitération du sac était suffisante pour prévenir le retour de la hernie, la

maladie n'arriverait jamais, puisque le péritoine est entier avant le déplacement.» N'oublions pas que, parmi les circonstances qui ont concouru à vaincre la résistance des parties, plusieurs ne se présentent ordinairement qu'une fois dans la vie. Par exemple, les chutes, les convulsions, les vomissements violents, etc. Les autres, susceptibles de reparaître, peuvent être évitées, les exercices violents, les cris, les chants, etc. Maintenant supposons que les causes de la hernie disparaissant, le sac soit oblitéré, et que les parties soient pour ainsi dire ramenées à l'état normal, il est naturel de penser qu'on aurait moins à craindre le retour de la maladie, que si la perméabilité de la poche herniaire persistait.

Mais ce n'est point tout encore, objectera-t-on, vous manquez de moyens propres à resserrer l'ouverture aponévrotique, et, tandis qu'elle est plus large que dans l'état ordinaire, le point du sac oblitéré sera repoussé, et un nouveau déplacement aura lieu.

Il n'est que trop vrai qu'on ignore encore en chirurgie par quel procédé on pourrait influencer directement l'aponévrose, pour lui rendre sa résistance et rapprocher les piliers de l'anneau. Mais heureusement c'est à remplir, quoique d'une manière éloignée, cette indication, que la compression paraît le plus apte. Telle était, au moins en 1739, l'opinion d'Heister : selon lui, par l'usage méthodique d'un bandage, l'ouverture aponévrotique se fortifie si bien que la hernie ne revient plus. De nos jours, Lawrence est d'accord sur ce point avec le célèbre chirurgien de l'Allemagne, et il donne pour raison que l'anneau obéit alors à cette loi générale, par laquelle les parties creuses s'adaptent aux corps qu'elles contiennent.

Ne voyons-nous pas, en effet, les cavités de tous les conduits se rétrécir aussitôt que la fonction qu'ils remplissent cesse d'être exercée. Le canal artériel, le canal veineux, les vaisseaux ombilicaux s'oblitèrent quand ils ne sont plus parcourus par le sang. Un œil est-il atrophié, la cavité orbitaire perd ses dimensions : une cavité articulaire qu'une tête d'os abandonne, se rétrécit, s'efface même. Comment ne pas supposer le rétrécissement de l'anneau, dès que la cause qui l'a dilaté est éloignée ? A voir ce qui se passe tous les jours dans la pratique, on pourrait croire que l'analogie est trompeuse; mais cela tient à ce que le sac reste toujours perméable, et que la compression, habituellement exercée, est loin de l'être d'une manière convenable. Il serait beaucoup trop long de faire connaître nos idées à ce sujet ; elles seront l'objet d'une seconde publication.

Pour ne pas prolonger une discussion dont les deux termes sont déjà si éloignés, bornons-nous à établir que, dans les cas les moins heureux, l'oblitération des sacs herniaires offrirait les plus grands avantages. Par elle, les bandages à fortes pressions deviendraient inutiles; par elle, les malades ne seraient plus exposés à la sortie brusque des parties, si fatale dans quelques cas. Qui ne connaît le fait rapporté par Ledran ? Un homme, affecté de hernie, portait un bandage. Un jour, en descendant de voiture, les parties se glissent sous la pelote. Confiant dans le moyen dont il fait usage, il reste sans craintes. Cependant des accidents paraissent ; sa hernie est étranglée. On l'opère, il meurt. — Maintenant, nous le demandons, est-il permis de supposer qu'un pareil événement aurait eu lieu si le sac avait été oblitéré ?

Tel est l'exposé succinct de nos recherches. En les entreprenant nous avons eu pour but un travail utile ; en les faisant connaître, nous croyons remplir un devoir scientifique. Peut-être nous aurait-il été plus avantageux de les exposer dans tous leurs détails ; mais notre mémoire est dans les mains de MM. les commissaires nommés par l'Académie des sciences. Sans doute ils attendent, pour faire leur rapport, que l'expérience ait prononcé. Nous sommes loin de blâmer cette prudence; elle rendra leur tâche plus facile, et leur jugement plus assuré.

OBSERVATION

SUR

UN CAS DE SUPERFŒTATION;

PAR LE DOCTEUR PERTUS.

En parlant de la superfœtation, Sénèque mettait ce phénomène au rang des choses les plus difficiles à connaître, aussi bien que la cause du flux et du reflux de l'Océan. Grâce aux progrès de nos sciences physiques, la comparaison a cessé d'être exacte pour nous : la découverte des lois de l'attraction a permis d'assigner aux marées cette cause qui resta inconnue de l'ancien monde civilisé. Mais tandis que ce grand problême a cédé aux merveilleuses révélations du genre humain, l'autre mys-

tère, infiniment petit, bien que digne aussi d'un intérêt particulier, n'a pas encore été pénétré; loin de là, à mesure que la science de l'anatomie a pu déterminer plus exactement le mode de fonctions de chaque organe et en analyser le mécanisme dans ses derniers détails, la superfœtation a paru un phénomène si contradictoire avec la marche ordinaire de la nature dans l'œuvre de la génération et de la gestation, qu'on serait tenté d'en nier la réalité si divers exemples çà et là épars dans l'histoire de la médecine, à partir de la plus haute antiquité, ne formaient une tradition au moins respectable par l'autorité des hommes qui les ont recueillis et commentés. Malgré toutes les répugnances du raisonnement scientifique, la superfœtation, dans la valeur attribuée à cette désignation, c'est-à-dire la conception d'un nouveau fœtus pendant le cours d'une grossesse, n'a pu être repoussée hors du domaine des faits extraordinaires qui méritent d'attirer l'observation tant qu'on ne sera pas parvenu à les expliquer d'une manière plausible.

Jusqu'à présent on s'est généralement étudié à circonscrire le phénomène, à n'admettre sa réalité que dans des cas très-exceptionnels, comme ceux de grossesse extrà-utérine ou d'utérus bilobé; on a posé encore cette règle que la superfœtation n'existe qu'à la condition de deux placentas distincts, etc.; enfin, qu'elle ne peut avoir lieu qu'à de certaines époques de la grossesse (selon Mauriceau depuis le sixième jour environ de la première conception jusqu'au trentième tout au plus); les autres apparences de superfœtation sont rattachées à des grossesses doubles dans lesquelles le développement de l'un des fœtus a été empêché par celui de l'autre.

Ces restrictions, ces distinctions très-justifiées par l'induction logique, constituent, dans l'état actuel, le dernier mot de la science sur la superfœtation : il y a loin de là encore à la découverte du procédé particulier que la nature emploierait pour éluder ses propres lois, pour compliquer le mécanisme de la conception ordinaire d'un second travail qui semble rigoureusement interdit à l'organe déjà saisi d'un premier fœtus. L'accumulation de faits bien étudiés, la multiplicité des observations peut seule y conduire ; mais jusqu'à présent ces bases d'une discussion utile manquent presque complètement, et l'on ne peut pas même dire de la question *sub judice lis est*; il faut d'abord réunir des éléments d'information tout autrement positifs que les exemples peu nombreux et vaguement décrits dont se compose l'histoire de la superfœtation.

C'est sous ce point de vue que je crois pouvoir attacher quelque importance à l'observation suivante :

Madame C***, déjà mère de plusieurs enfants, devint enceinte dans le courant du mois de juin 1837, et jusqu'au 20 septembre aucun incident fâcheux n'avait troublé sa position. A cette époque, sans cause appréciable, son linge commence à être taché légèrement ; l'écoulement persiste sans prendre d'ailleurs d'accroissement. Le 27, n'éprouvant pas de douleur, madame C*** fait une excursion à la campagne : aucun accident ne se manifeste. Le lendemain, étant au spectacle, elle ressent tout-à-coup de petites douleurs ; l'écoulement augmente au point de l'obliger à se retirer précipitamment. Aussitôt rentrée chez elle, elle se met au lit ; les douleurs se prononcent, et le flux continue avec force. Appelé auprès de la ma-

lade, je retirai, au milieu de caillots de sang, un fœtus que je jugeai être de trois mois; il n'avait pas ses annexes. Tandis que j'en faisais la recherche, je trouvai dans les évacuations sanguines un œuf humain d'un pouce de diamètre, *parfaitement intact*, que j'incisai et qui renfermait un fœtus dont la formation ne pouvait guère remonter à plus de cinq semaines. Peu après l'expulsion de ces deux fœtus, les douleurs ainsi que la perte s'étant ralenties, je m'éloignai, regrettant toutefois que le placenta du fœtus de trois mois fût resté en arrière. Il ne sortit que le lendemain, pendant ma visite, à la suite d'une douleur. Ce retard tend d'ailleurs à résoudre une question sur laquelle je n'avais pu me fixer, celle de l'ordre d'arrivée des deux fœtus. Il me paraît bien en résulter la présomption que l'œuf humain a été expulsé le premier.

J'ai conservé les deux fœtus, les regardant, d'après les circonstances ci-dessus décrites, comme un cas très-probable de superfœtation. En effet, deux fœtus à termes différents, deux annexes distinctes conformes au développement respectif de ces deux fœtus, l'avortement même que je ne saurais expliquer par aucune cause ordinaire et qui semble être la conséquence de cette surconception, ne me permettent pas de ne voir ici qu'une grossesse double.

Je crois devoir ajouter à l'observation qui précède un autre cas de superfœtation constaté sur une chèvre, et dont le détail m'a été communiqué par le docteur Berjaud, mon collègue au 6e dispensaire de la Société philantropique.

Rappelons-nous d'abord que cinq mois sont le terme de la gestation des chèvres, et que leur portée ordinaire est

de deux fœtus, ou au plus de trois, alors seulement que la mère est de belle espèce.

La chèvre dont il s'agit appartient à madame Deer, propriétaire, rue Geoffroy-l'Asnier, n° 32, et est confiée depuis long-temps aux soins du sieur Renon, portier de cette maison. Dans les premiers jours de décembre 1836, elle reçut les caresses du mâle, et tout portait à penser que la fécondation était consommée. Cependant, comme elle ne cessait de manifester son appétit amoureux, on la fit saillir de nouveau, quinze jours environ après le premier accouplement. A partir de ce moment, l'animal parut satisfait, les signes de plénitude se prononcèrent, et vers le commencement du mois de mai cette chèvre mit bas deux fœtus parfaitement conformes et bien à terme, mais qui périrent bientôt; car la mère ne voulut pas les allaiter. Son ventre continuait encore d'offrir un volume extra-normal, et quinze jours étaient à peine écoulés, qu'au grand étonnement de son gardien, elle mit bas trois chevreaux bien constitués et montra autant d'empressement à leur donner son lait, qu'elle avait montré de répugnance à remplir sa fonction de mère pour ses deux premiers-nés. Ces chevreaux vivent tous trois.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

OEuvres d'histoire naturelle de Goëthe, comprenant ses divers mémoires d'anatomie comparée, de botanique et de géologie; traduits et annotés par *C.-F.* MARTINS, D.-M.; 1 vol. in-8° avec un atlas in-folio, contenant les planch. originales de l'auteur, et enrichi de trois dessins et d'une esquisse d'organographie végétale fondée sur la métamorphose des plantes, par *P.-J.-F.* TURPIN, membre de l'Institut. — Chez A. Cherbuliez et Ce, rue St.-André-des-Arts, n° 68. Prix, 21 fr.

Nous ne sommes plus à une époque où il soit permis d'ignorer les ouvrages des Allemands sous le prétexte de l'obscurité de leur style, et des difficultés que présente une langue étrangère; les ouvrages qui font époque doivent occuper une place honorable dans toutes les bibliothèques. Le docteur Martins vient de rendre un service éminent aux médecins aussi bien qu'aux naturalistes jaloux de connaître les bases philosophiques de la science qu'ils cultivent, en donnant une traduction française des œuvres d'histoire naturelle de Goëthe. Cet homme, justement célèbre dans toute l'Allemagne par le rôle littéraire et politique qu'il a joué durant la dernière moitié de sa longue carrière, était presque inconnu en France comme

savant. Cependant ses mémoires, d'une haute portée sur l'anatomie comparée et sur la botanique, ayant précédé les travaux qui illustrent la France moderne, assignent à l'auteur une place très-distinguée parmi les naturalistes.

La traduction du docteur Martins a produit sur nous des impressions aussi profondes que variées. Il nous serait difficile de les développer convenablement dans le cercle étroit d'un article bibliographique, tant les idées sont pressées sous la plume de l'auteur, tant il soulève de graves et profondes questions avec une lucidité inconnue à la plupart des auteurs allemands, et que nous, Français, pensions être l'apanage exclusif des Buffon, des Cuvier et de leurs émules. Essayons cependant d'en donner une analyse succincte.

Goëthe a écrit sur toutes les branches de l'histoire naturelle, depuis 1780 jusqu'en 1832, peu de temps avant sa mort; il habitait le plus ordinairement Iéna et Weimar. Par ses relations avec les professeurs Loder, Ackermann, Renner, et, grâces à la bienveillance du grand-duc de Saxe-Weimar, il contribua puissamment à la formation des musées d'Iéna.

Ses recherches d'anatomie comparée prouvent qu'il a conçu l'idée d'un type abstrait, auquel il rapporte le règne animal tout entier, et spécialement les vertébrés; les êtres particuliers ne sont que des modifications de ce type, dont il indique les parties constituantes. La diversité des formes provient de la variété infinie des organes qui se développent aux dépens les uns des autres. « Le total général au budget de la nature est fixé; mais elle est libre d'affecter les sommes partielles à telle dépense

qui lui plaît. Pour dépenser d'un côté, elle est forcée d'économiser de l'autre ; c'est pourquoi la nature ne peut jamais ni s'endetter ni faire faillite. Page 30.» « L'idée seule d'un être vivant emporte avec elle l'idée d'une variété infinie dans une unité absolue. Nous sommes donc assurés d'avance de l'unité, de la variété et de la concordance harmonique des parties de l'objet. Page 69. » Goëthe doit être placé à la tête des anatomistes allemands (MM. Oken, Spix, Meckel, Bojanus, Carus), qui ont fait dériver de la vertèbre et de ses appendices, et de leurs métamorphoses variées, toute l'organisation des animaux. Cette école diffère, comme on voit, de celle des savants micrographes Mirbel, Dutrochet, Turpin, qui regardent les animaux et les plantes comme composés uniquement de globules, d'utrécicules, ou de vésicules modifiées à l'infini. Par ses observations sur la tête de l'homme et des mammifères, Goëthe est arrivé à l'idée qu'elle est formée de six vertèbres, qui sont d'arrière en avant, l'occipital, le sphénoïde postérieur, le sphénoïde antérieur, puis les os palatins, les maxillaires supérieurs et les os intermaxillaires. Ces trois derniers sont amorphes et terminent en avant la colonne vertébrale, comme les vertèbres caudales, sa partie postérieure ; les autres os de la face sont accessoires ; la mâchoire inférieure est un appendice. En homme aussi profond que prudent, l'auteur fait remarquer que cet aperçu de l'esprit est facile à formuler en général, mais non à prouver dans son application aux cas particuliers, et que deux observateurs ne s'entendront jamais là-dessus, ni le même homme avec lui-même à diverses époques de sa vie. Page 110.

Goëthe a parfaitement comparé les membres antérieurs

aux postérieurs, les vertèbres de même nom entr'elles ; dans les différents genres d'animaux. On voit avec peine qu'il assimile le sternum à une colonne vertébrale, au lieu de le faire entrer dans les appendices. Sa dissertation sur l'existence de l'os intermaxillaire dans l'homme ne laisse rien à désirer, par suite de la variété des détails et des charmes du style que le traducteur a fait habilement passer dans notre langue. Nous lui devons aussi d'avoir enrichi son recueil de notes savantes, qui montrent la divergence des opinions sur les points contestés, et établissent une sorte de chronologie des doctrines professées par les naturalistes à diverses époques.

Les mémoires de Goethe captivent encore l'admiration du lecteur par la manière noble et le coup d'œil pénétrant avec lesquels il a jugé les hommes et les choses, ses devanciers et ses contemporains. Outre les sages conseils qu'il donne pour l'étude de l'anatomie humaine et comparée ; il nous apprend comment les idées générales germent dans la tête de certains naturalistes, tandis qu'elles sont méconnues par d'autres ; pourquoi les uns sont absorbés par l'étude des détails, tandis que les autres contemplent les rapports d'ensemble ; pourquoi tels et tels hommes, doués de facultés divergentes, ne s'entendront jamais dans la même science, et, pour citer un cas particulier comme exemple, pourquoi MM. Cuvier et Geoffroy-St-Hilaire ont occupé le monde savant de leurs interminables débats.

A une époque où les ouvrages d'anatomie fondés sur les notions les plus élevées de la science zoologique semblent le fruit de découvertes récentes, il est au moins curieux d'apprendre que les mêmes pensées ont été pro-

fessées hardiment il y a quarante ans par un homme dont la gloire littéraire a, pour ainsi dire, éclipsé la gloire scientifique.

Les travaux de Goethe sur la botanique sont peut-être plus remarquables encore. L'Essai sur la métamorphose des plantes, composé en 1790, et compris trop tard, excite aujourd'hui en France un intérêt général : l'idée fondamentale qui le domine sera bientôt la plus populaire des idées de botanique. L'auteur, après avoir reconnu que tout végétal supérieur est formé d'un axe et de ses appendices, nous démontre que la feuille, d'abord amorphe dans les cotylédons, se perfectionne le long des tiges, puis se resserre pour former les divisions du calice, tantôt libres, tantôt soudées entre elles, s'épanouit ensuite dans chaque pétale, se contracte de nouveau dans les étamines, et se dilate enfin dans les segments de l'ovaire. Ainsi la plante se résume en tige et feuilles qui, par des métamorphoses progressives ou récurrentes, produisent la variété infinie de formes que nous admirons. C'est l'image des métamorphoses continuelles qu'offrent les vertèbres et les appendices des animaux.

L'Opuscule mérite d'être lu attentivement ; il résume en aphorismes clairs les principales preuves de la simplicité d'organisation des plantes, de l'importance de la feuille, et du bourgeon qu'elle porte à son aisselle; il montre admirablement que les monstruosités existent dans la nature, et confirment ses lois au lieu de les détruire.

Goethe nous apprend ailleurs que Gaspard-Frédéric Wolf a eu avant lui la même pensée sur l'organisation générale des plantes. En faisant l'historique de sa décou-

verte, il nous instruit des contradictions qu'il eut à essuyer dans les commencements, de la lenteur avec laquelle ses idées germèrent dans le public, ayant été d'abord reçues avec méfiance, puis peu à peu adoptées avec toute l'étendue que comporte le sujet. Nous ne parlerons pas avec le même éloge des opinions de l'auteur sur la transformation en poussière, en vapeur et en eau, comme dernier terme de la végétation et de l'animalité. Dans ce chapitre, où l'erreur et la vérité sont confondues, l'auteur nie la sexualité des plantes; il ignorait les découvertes microscopiques qui ont fait apprécier la nature des pollens, séminules, et des cryptogames parasites sur les végétaux et les animaux. Page 452, et *Esquisse*, p. 64.

M. Turpin, que Goethe avait désigné comme capable de reproduire fidèlement par le crayon la pensée féconde de la métamorphose, vient de remplir cette tâche glorieuse. L'esquisse d'organographie végétale, et l'explication détaillée de trois belles planches in-folio, ajoutées à cette traduction, sont le complément nécessaire et pour ainsi dire la démonstration palpable de l'unité de composition des organes des plantes. M. Turpin parle aux yeux du lecteur comme Goethe à son esprit, en lui présentant un végétal idéal, type de tout le règne, et chargé d'un nombre prodigieux de transformations de feuilles. Enfin, dans une série de monstruosités prises dans la nature, il prouve que les métamorphoses progressives et incessantes sont le résultat de la fécondité inépuisable de la végétation.

Nous avons peu de choses à dire de ses mémoires géologiques. L'auteur a donné des descriptions intéressantes des minéraux et roches de plusieurs localités de la Bohême,

vaste bassin qui renferme tous les affluents de l'Elbe supérieur jusqu'à Aussig. Il a fourni une collection assez complète des roches des environs de Carlsbad et Marienbad, où sa santé l'avait appelé pour y prendre les eaux thermales. Il a aussi examiné le Kammerberg et le Wolfsberg, montagnes d'origine volcanique situées à l'ouest de la Bohême. Doué d'un génie pénétrant, il s'est élevé à une explication aussi générale que possible des faits isolés qu'il avait sous les yeux. Les naturalistes, curieux de connaître les recherches sur la Bohême, ou d'explorer les localités qu'il a parcourues, lui sauront gré des matériaux qu'il a recueillis. Il est à regretter que cet homme supérieur sous tant de rapports n'ait pas étudié la géologie et la minéralogie sur un plan plus vaste. Ces deux sciences lui seraient sans doute redevables de découvertes d'une haute portée, comme la botanique et l'anatomie comparée lui doivent l'intelligence de leurs lois fondamentales.

La traduction que nous annonçons se fait remarquer jusqu'à la fin par un style élégant et une grande pureté de langage. Elle aura du succès, nous n'en doutons pas, et auprès des gens du monde qui aiment les livres utiles et agréables, et auprès des érudits qui aiment à enregistrer les dates des découvertes, et auprès des médecins et des naturalistes qui veulent connaître les bases philosophiques de la physiologie et de la botanique.

L. BRAVAIS.

D.-M., médecin de l'hospice d'Annonay.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Empoisonnement par l'application de la toile de diachylon sur un vaste ulcère.— Bruits anormaux des artères. — Remarques pratiques sur l'opération césarienne et sur la viciation du bassin. — Nouvelles expériences sur le sang. — Essai sur le varicocèle et sur sa cure radicale.— Histoire des plaies.— Gangrène des poumons.— Grossesse extrà-utérine.— Luxation incomplète de l'humérus.— Structure des membranes de l'œuf des mammifères. — Expériences sur divers médicaments.

Gazette médicale (Février 1838).

Empoisonnement par l'application de la toile de diachylon sur un vaste ulcère. — Le sujet de cette observation est un homme de 41 ans affecté d'un ulcère à la jambe gauche qui avait détruit les téguments dans toute la circonférence du membre, depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'à trois pouces environ du bord inférieur de la rotule. Le fond de cet ulcère était grisâtre, saignant avec facilité, baigné d'un liquide sanieux. Le malade y éprouvait des douleurs lancinantes très-vives; sa constitution générale était d'ailleurs profondément altérée. L'ulcère fut recouvert de bandelettes de diachylon gommé; il ne tarda pas à se dégorger et à présenter à sa périphérie un commencement de cicatrisation. Le malade reprit des forces et de l'embonpoint. Mais le 5 mai, après deux mois et demi de ce traitement, il éprouva tout-à-coup de vives coliques, des nausées, des vomissements, des crampes dans toute l'étendue des membres abdominaux. M. Tauflieb, qui rapporte cette observation, le trouva se roulant dans son lit, en proie aux

douleurs les plus vives; le ventre était rétracté vers la colonne vertébrale, insensible à la pression; la langue naturelle, la soif médiocre. Il y avait constipation depuis plusieurs jours; point de réaction générale notable. M. Taufflieb, frappé de l'analogie de ces symptômes avec ceux qui caractérisent la colique saturnine, s'informa si le malade n'avait pas manié quelque substance contenant une préparation de plomb; il examina les aliments dont il avait fait usage et la vaisselle dans laquelle ils avaient été préparés, et ne put expliquer cette intoxication que par le sparadrap dont l'ulcère était recouvert depuis deux mois et demi. La suppression du sparadrap et l'usage alternatif des antispasmodiques et des laxatifs firent bientôt cesser tous les accidents. Le 2 octobre, M. Taufflieb, appelé en toute hâte auprès du même malade, le trouva dans l'état suivant : face pâle, traits retirés; pouls petit, médiocrement dur, à 90 pulsations par minute; bras gauche complètement paralysé et insensible; ventre rétracté, insensible à la pression; respiration naturelle. Le malade accusait d'une voix faible des douleurs atroces dans le ventre et dans les extrémités; il venait d'avoir quelques vomissements bilieux. Depuis plusieurs jours, il n'avait pas eu de selles. M. Taufflieb, ayant appris que le malade avait repris depuis quinze jours l'usage du sparadrap sur sa jambe ulcérée, ne douta plus de la cause de tous ces accidents qui cédèrent en effet en peu de jours au traitement ordinaire de la colique de plomb.

M. Taufflieb a calculé que, dans l'espace de onze semaines, son malade ayant consommé quarante-quatre pieds carrés de sparadrap, et chaque pied contenant 114 grains d'oxide de plomb, il en résultait que 10 onces 3 gros et demi de cet oxide avaient été en contact avec la surface dénudée.

Ce fait semblerait devoir rendre circonspect dans l'emploi d'un topique dont l'usage est aujourd'hui très-répandu, et qui est d'ailleurs si utile pour faciliter la cicatrisation de vastes surfaces ulcérées. A. F.

— Rien autre de remarquable dans les articles originaux de ce mois.

Archives générales de médecine (Février 1838).

I. —*Recherches sur la cause des bruits anormaux des artères, et application de ces recherches à l'étude de plusieurs maladies, et principalement de la chlorose*; par M. Beau, chef de clinique à l'hôpital de la Charité. — Le frémissement vibratoire et le bruit qui l'accompagne sont produits par un frottement exagéré du sang contre les parois de l'artère; la cause de ce frottement est la grande quantité de liquide relativement au calibre du vaisseau, soit que ce défaut de proportion tienne à une augmentation réelle du liquide, soit qu'il dépende d'une diminution du calibre de l'artère. Les bruits anormaux des artères sont ou bornés à un point, comme dans les cas de tumeur anévrysmale, d'anévrysme variqueux, de compression de l'artère, ou peuvent s'entendre en plusieurs points, comme dans le cas d'insuffisance des valvules aortiques, de pléthore, d'hypochondrie, de chlorose.

Dans cette dernière affection, non-seulement le sang est altéré dans sa qualité, mais encore dans sa *quantité*. Aussi, d'après M. Beau, dans toute chlorose bien confirmée, c'est-à-dire accompagnée des bruits artériels, les artères présentent un volume qui est en rapport avec l'intensité de la chlorose et des bruits; ce volume diminue quand la chlorose guérit et que les bruits disparaissent. C'est à tort, par conséquent, que les auteurs ont indiqué la peti-

tesse au nombre des caractères du pouls des chlorotiques; le pouls est mou, il est vrai, fuit facilement sous le doigt; mais il est notablement plein et grand, surtout si l'on tient compte du calibre ordinairement assez petit des artères chez les jeunes filles. Boerhaave (*De morbis nervorum*, t. I, p. 158) avait déjà donné à entendre que, dans cette affection, les fluides étaient en excès, et que la jeune fille ne perdait point la partie rouge du sang, mais seulement qu'elle acquérait plus de partie blanche qu'il n'en faut proportionnellement à la partie rouge... d'où la plénitude des vaisseaux, et le bruit perçu par l'auscultation appliquée aux artères.

II. — *Remarques pratiques sur l'opération césarienne, suivies de considérations sur l'emploi du régime et de la saignée, ayant pour but de modifier le développement du fœtus, dans les cas de viciation du bassin*; par M. le professeur MOREAU (recueillies par M. Bouchacourt). — Dans les cas où il y a lieu de craindre que la déformation ou l'étroitesse du bassin ne s'opposent à l'accouchement naturel, il faut rechercher avec soin à quelle époque le rachitisme, cause présumée de la viciation du bassin, s'est développé; s'il existe depuis l'enfance, la déformation du bassin est toujours considérable; s'il a paru vers la puberté seulement, il n'en est plus ainsi : les membres, la colonne vertébrale même, peuvent être déformés sans que le bassin participe à leur altération; déjà vers dix ou douze ans le bassin a presque sa capacité normale. Quant au volume de l'enfant, qui peut avoir une si grande influence sur les résultats du travail, M. Moreau croit que la taille du père doit être prise en grande considération.

Une observation empruntée à Lauverjat vient à l'appui de cette remarque. Cet auteur a observé chez la même

femme un accouchement artificiel et très-pénible, et à une autre époque, un accouchement naturel, résultats qui paraissaient devoir être attribués à ce que, dans le premier cas, l'enfant, né d'un père grand et vigoureux, avait lui-même un grand développement, tandis que, dans le second cas, l'enfant, né d'un père petit et délicat, était lui-même fort peu développé. Le régime et les saignées paraissent avoir une influence marquée, quoi qu'on en ait dit, sur le volume de l'enfant. M. Moreau a vu chez des femmes dont le bassin était vicié, l'accouchement être naturel ou laborieux, suivant que, par un régime sévère et la saignée répétée, on avait mis obstacle au développement de l'enfant dans le sein maternel, ou que l'on avait négligé les soins et les précautions propres à s'opposer à ce qu'il prît beaucoup de volume.

III. — *Nouvelles expériences sur le sang*; par M. P. Denis, de Commercy. — On lit dans ce travail que les sels du sang sont les seuls et uniques réactifs qui maintiennent en solution dans le sérum l'albumine naturellement insoluble dans l'eau, et par suite les corps gras et les autres substances insolubles qui s'y rencontrent; la fibrine elle-même n'est qu'une forme de l'albumine, et le sérum n'est qu'une dissolution saline d'albumine. En somme, d'après M. Denis, l'albumine liquide du sang, ou le composé triple d'eau, de sels alcanisés et d'albumine, qui fait la majeure partie du sérum, a la singulière propriété d'entraîner aisément beaucoup de corps dans sa combinaison faible; les globules colorés du sang contiennent aussi, comme noyau, de l'albumine sous forme de fibrine. De la proportion diverse des parties constituantes du sang doivent résulter, dans l'état pathologique, des altérations variables de couleur, de consistance, etc. Ainsi le sang couenneux donne à l'analyse

moins de sels fixes au feu rouge que le sang sain (au contraire il fournit plus de soude), d'où résulte que le sérum tend à laisser précipiter l'albumine sous forme de fibrine, en plus forte proportion que d'ordinaire, et si la fibrine se coagule au-dessus du sérum, cela tient à l'alcalinité extrême du liquide qui retarde la coagulation. L'exagération du même état produit l'apparence lie de vin ou chocolat-laiteux signalée par plusieurs observateurs. Dans un cas de ce genre, en effet, M. Denis n'a plus rencontré dans le sang de chlorure de sodium; il y a trouvé une forte proportion de soude et très-peu de sels neutres. Au contraire, dans un sang incoagulable, provenant d'un sujet atteint de scorbut, l'analyse fit découvrir plus de chlorure de sodium que n'en offre le sang à l'état sain. Chez un malade affecté de typhus à un haut degré, le sang, également incoagulable, contenait, outre ses sels ordinaires, un sel ammoniacal et de l'ammoniaque libre, qui devaient naturellement s'opposer à la coagulation, c'est-à-dire à la séparation et au dépôt de l'albumine ou fibrine. Le sang des pléthoriques n'a offert à l'auteur que des globules en nombre plus considérable que de coutume, et celui des chlorotiques, des anémiques, des personnes soumises à la diète une diminution considérable des mêmes globules. Dans l'ictère, il y a augmentation de la matière jaune-verdâtre. Dans le sang des cholériques, il y a du sérum en moins.

Ces recherches et ces expériences sont curieuses sans doute; mais il ne faut pas trop se hâter d'en faire une application générale à la pathologie et surtout à la thérapeutique, sous peine de retomber dans les errements de la médecine chimique et humorale des dix-septième et dix-huitième siècles, qui ne voyait, elle aussi, que fluidité ou épaississement des humeurs, alcalinité ou acidité des fluides, et qui s'efforçait de lutter directement par des pro-

cédés imités de la chimie contre ces altérations physico-chimiques de nos humeurs.

G.

Journal des connaissances médico-chirurgicales (Mars 1838).

I. — *Essai sur le varicocèle, et en particulier sur la cure radicale de cette affection,* par M. Landouzi, int. à l'Hôtel-Dieu de Paris. — L'auteur de ce mémoire, en disciple dévoué et intelligent, a fait très-bien ressortir l'important service que M. Breschet a rendu à la science et à l'humanité, en créant une méthode propre à guérir une maladie jusque-là si rebelle à tous les moyens thérapeutiques, déclarée même incurable par des chirurgiens du premier ordre, tels que Boyer, Richerand, Astley Cooper et Samuel Cooper. Il passe en revue tous les traitements proposés pour la cure radicale de cette affection, et, avant de décrire le procédé de M. Breschet, il rappelle le fait anatomique sur lequel il est fondé. Dans l'état normal, dit M. Landouzi, l'artère testiculaire est unie intimement par du tissu cellulaire au canal déférent, et ces deux vaisseaux sont au contraire facilement séparables des veines, surtout quand elles sont dilatées. C'est d'après cette donnée anatomique que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu imagina une pince propre à étrangler les veines variqueuses, préalablement séparées de l'artère et du canal déférent. M. Landouzi cite les premiers essais qui furent faits de cet instrument. Tous furent suivis de succès ; mais les malades éprouvèrent quelques accidents légers, notamment des érections fréquentes et douloureuses. Pour prévenir ce dernier accident, M. Landouzi a modifié et perfectionné l'instrument de M. Breschet.

Suivent plusieurs observations fort curieuses d'individus traités par l'application de la pince avec un plein succès, et l'examen comparatif de cette méthode et de celles qui ont été proposées récemment pour obtenir la cure radicale du varicocèle. Il résulte de ce parallèle que la méthode qui consiste à traverser les veines de part en part (Frick Grosheim) doit être abandonnée comme dangereuse ; que celle dans laquelle on passe au-dessous de la veine une ou plusieurs épingles (Velpeau, Davat, Frank), ou bien un simple fil (Reynaud), ne met pas les malades à l'abri de tout accident, et qu'enfin la méthode de M. Breschet doit être préférée, parce qu'elle est moins longue et plus facile à exécuter, moins douloureuse pendant et après l'opération; qu'elle offre plus de garanties contre la récidive, et que les résultats pratiques qu'elle a donnés jusqu'à présent sont beaucoup plus favorables. C'est au temps et à l'expérience qu'il appartient de vérifier ces assertions.

La description du procédé opératoire qui termine ce travail peut ainsi se résumer :

1° Séparer avec soin les veines variqueuses de l'artère et du canal déférent. Cela fait, un aide place la première pince à la partie supérieure transversalement et le plus haut possible, assez loin cependant de la racine de la verge pour que le contact de la pince ne puisse y déterminer d'eschare. 2° relever le pénis contre l'abdomen pour laisser à la peau assez d'extension pendant les érections. 3° Rapprocher les branches de la pince, et serrer de suite aussi fortement que possible. 4° Enfin placer la seconde pince inférieurement à deux ou trois centimètres environ au-dessous de la première (suivant le volume de la tumeur), c'est-à-dire le plus bas possible, mais de manière cependant à ce que le testicule ne soit pas trop voisin de la section.

L'on doit savoir gré à M. Landouzi de nous avoir fait

part de ses observations. Le travail de l'élève nous fait vivement désirer celui du maître sur cette intéressante matière.

II.—*Observations et expériences relatives à l'histoire des plaies*; par M. Bouchacourt. — La largeur et la forme d'une plaie peuvent-elles servir à déterminer le volume, la forme, la matière de l'instrument qui l'a produite? M. Bouchacourt pense que cette question, qui a été généralement résolue d'une manière affirmative, serait susceptible dans certains cas d'une autre solution. Ses observations et ses expériences sur les cadavres lui ont démontré, en effet, que souvent la forme et la largeur des solutions de continuité ne sont nullement en rapport avec la forme et la nature des corps qui les produisent.

Ainsi il croit pouvoir établir 1° que les corps simplement contondants lisses et sans tranchant, lorsqu'ils frappent obliquement des parties molles, soutenues par d'autres surfaces résistantes et convexes comme à la voûte crânienne, produisent constamment des plaies à lambeau, dont la forme rappelle exactement celle du segment de sphère résistante sur laquelle ils ont été coupés; 2° que lorsque ces mêmes corps pesants, toujours à surface plate ou largement convexe, frappent des parties molles reposant sur des rebords osseux assez saillants, la forme de la plaie (car il s'en produit toujours une alors, à moins que l'os trop faible ne se brise) sera déterminée par la forme même de l'os ou de ses surfaces proéminentes.

L'auteur, abandonnant ce sujet médico-légal, sur lequel nous croyons qu'il a jeté quelques lumières, se livre à des considérations non moins intéressantes sur le pronostic des plaies des membres. Il pense que, relativement à l'âge, il existe sous le rapport du diagnostic moins de

différence qu'on ne le croit communément entre les plaies des enfants, des adultes ou des vieillards. Si le tétanos, ajoute-t-il, se développe plus souvent chez les jeunes gens et les adultes, les plaies chez les vieillards sont souvent suivies d'accidents adynamiques fort graves. M. Bouchacourt a observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon quatre cas de tétanos; trois des malades étaient de jeunes sujets; le quatrième avait quarante-cinq ans. Il a pu vérifier aussi sur un bon nombre de cas de plaies qu'il existe une grande différence sous le rapport du pronostic entre les plaies des membres supérieurs et celles des inférieurs. Ainsi, sur neuf cas de plaies affectant les membres supérieurs, il n'a observé le tétanos qu'une fois, tandis qu'il l'a vu survenir deux fois sur huit cas de plaies affectant les membres inférieurs. Ce jeune médecin pense aussi que la phlébite est bien plus souvent déterminée par les plaies des membres abdominaux que par celles des membres thoraciques. Il a remarqué que sur dix-huit amputations de cuisses, de jambes, de bras et d'avant-bras, pratiquées à l'Hôtel-Dieu de Lyon par M. Bajard, deux cas de phlébite seulement ont été observés, et tous deux aux membres inférieurs.

Enfin M. Bouchacourt rapporte trois observations de plaies des articulations, remarquables par la gravité des accidents auxquels elles donnèrent lieu, et par la manière heureuse dont elles se terminèrent. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ces observations; nous dirons toutefois qu'elles confirment ces deux propositions chirurgicales généralement admises, savoir, que les plaies des articulations qui se réunissent immédiatement sont beaucoup moins graves que celles qui suppurent, et parmi ces dernières celles dans lesquelles une articulation est médiocrement ouverte sont plus dangereuses que celles qui mettent largement à nu le fond de la cavité séreuse. L'au-

teur termine son travail en émettant, mais sous la forme du doute, cette proposition hardie : Ne conviendrait-il pas d'ouvrir largement les abcès articulaires, à la condition expresse de l'emploi énergique des moyens anti-phlogistiques pour prévenir et combattre les accidents que l'on redoute alors avec tant de raison?

H. S.

L'Expérience (Février 1838).

I. — *Gangrène des poumons*, par M. FOURNET, interne des hôpitaux. — Quatre faits bien observés et soigneusement décrits font la base de ce mémoire, qui a, sans aucun doute, ajouté quelque chose à ce que nous connaissions sur la gangrène du poumon. Relativement à la séméiologie de cette affection, l'auteur conclut de ses recherches que l'absence des signes caractéristiques, constatée quelquefois, a sa raison surtout dans le passage du produit de la gangrène vers la cavité pleurale, sans qu'il y ait ouverture d'un tuyau bronchique, qui, dans d'autres circonstances, vient communiquer avec le centre du foyer. La même chose peut arriver encore lors même que cette dernière circonstance existe ; mais il y a, dans ces cas exceptionnels, pneumo-thorax avec une perforation si étroite au poumon que le retour des produits putrides vers les bronches est au moins très-difficile. M. Fournet n'a pas constamment eu à noter cette prostration à laquelle Laennec attachait tant d'importance, mais il a constaté la mollesse du pouls, qui lui paraissait caractéristique. Contrairement aux faits cités par le savant auteur de l'auscultation médiate, dans ceux dont il est question ici, le râle crépitant

a toujours manqué ; mais à sa place, et à diverses périodes de l'affection, M. Fournet a entendu un ronchus sonore tout particulier, un râle muqueux humide, et un râle muqueux ou du gargouillement, le premier appartenant à la première période, et les autres aux périodes subséquentes de la maladie. L'état du sang expectoré a été noté avec soin : il était d'un brun noirâtre, comme altéré dans sa composition, ce qui donnerait à penser qu'il est fourni au moins en partie par la portion gangrénée de l'organe.

Comme conséquence des faits par lui observés, l'auteur reconnaît deux formes de gangrène partielle du poumon: l'une qui se propage de la périphérie des poumons vers leur centre, et qui a de la tendance à faire irruption dans le système bronchique plutôt que dans la cavité des plèvres; l'autre, au contraire, qui paraît surtout diriger vers cette dernière son envahissement successif, et qui détermine dans l'intérieur même de la plèvre les phénomènes que la première manifestait au dehors.

Le pronostic de cette affection n'est point absolument mortel; un des malades dont M. Fournel rapporte l'histoire (obs. I) ne succomba point. Faut-il attribuer cette heureuse terminaison à l'emploi abondant des chlorures?

Quoique faite avec beaucoup de soin dans les cas rapportés, l'anatomie pathologique des poumons gangrénés laisserait peut-être encore quelque chose à désirer sous certain rapport : nous voulons parler de l'examen attentif des vaisseaux artériels et veineux, qui alimentent ou entourent les parties frappées de mortification. Y aurait-il, dans quelques cas, artérite, oblitération des troncs vasoulaires qui fournissent à un ou plusieurs lobules, compression par des tubercules développés sur leur trajet, ou par la substance pulmonaire elle-même hépatisée ou engouée,

etc.? Des recherches faites dans cette direction sont indispensables, afin de compléter l'histoire étiologique de la gangrène du poumon.

II. — *Grossesse extra-utérine, graves dangers de la malade, rupture de la tumeur au dehors, guérison*, par le docteur J.-B. Bérard. — La malade qui fait le sujet de cette observation présentait depuis long-temps des signes très-équivoques de grossesse ; souvent il y avait des spasmes nerveux, des douleurs violentes. Des symptômes plus graves encore se déclarèrent et résistèrent aux sangsues, aux bains, aux injections émollientes. Le toucher anal fit reconnaître une tumeur du volume de la tête d'un enfant logée dans la cavité ou dépression recto-vaginale. Au toucher vaginal le col parut développé et sensible, porté en avant derrière le pubis, et abaissé. On jugea convenable de faire une ponction exploratrice avec un trois-quarts sur la paroi postérieure et supérieure du vagin jusqu'au-dessous du col utérin. Il sortit du sang en petite quantité ; puis le soir, après la réapparition des douleurs, la malade se sentit tout-à-coup soulagée par l'évacuation à travers le vagin d'un liquide puriforme infect, charriant des *detritus* organiques, des membranes, des poils et des fragments osseux. Cet écoulement ne tarit qu'un mois après l'accident; la matrice était alors remontée. Au bout de ce temps, la malade était parfaitement rétablie.

III. — *Observation de luxation incomplète de l'humérus*; par M. Rendu, interne des hôpitaux. — Le malade dont il est question présentait, depuis douze ans, les signes d'une luxation incomplète de l'humérus droit, en dedans et en avant (sous-coracoïdienne). On vérifia à l'autopsie que la tête articulaire s'était trouvée portée en dedans et en avant,

son quart postérieur se trouvant en rapport avec la cavité glénoïde de l'omoplate, et la partie supérieure de la rainure qui sépare la tête de l'humérus d'avec la grosse tubérosité, appuyant sur le bord postérieur de la cavité glénoïde. La partie la plus interne de la grosse tubérosité était aplatie, recouverte de cartilages, devenue tout-à-fait articulaire. Quant à la cavité glénoïde, elle n'avait éprouvé d'autre changement qu'une prolongation anormale en arrière, de manière à fournir un point de contact à la portion de la grosse tubérosité qui était devenue articulaire. Il est bon de noter que le membre avait conservé sa longueur normale.

IV. — *Recherches sur la structure des membranes de l'œuf des mammifères*, par MM. Breschet et Gluge. — Y a-t-il ou non analogie de structure entre les membranes de l'œuf et les autres tissus du corps qui jouissent de la faculté de se reproduire ? Telle est la question d'anatomie vraiment philosophique à laquelle ont cherché à répondre les auteurs de ces savantes recherches. De leurs observations faites avec le microscope de Schick, grossissant 250 à 300 fois les objets, et expérimentant sur les œufs de l'homme, du singe, de la vache et du chien, ils concluent que le chorion, dépourvu de fibres, formé de globules répandus au milieu d'une masse organique tout-à-fait amorphe, si ce n'étaient quelques rares filaments, se rapproche ainsi que l'amnios des couches épidermiques de la peau ou de l'épithélium des muqueuses; que les villosités de la première membrane ont une analogie assez parfaite avec les villosités intestinales, avec cette différence qu'elles sont rameuses.

Appliquant leurs observations au tissu utérin de la vache, ils ont constaté l'existence d'un tissu particulier tapissant la couche musculaire à sa face interne, de nature

élastique, analogue aux ligaments jaunes, mais ayant cela de particulier, que le diamètre de ses fibres est moindre que celui des autres tissus élastiques. Du reste, ainsi que le font remarquer MM. Breschet et Gluge, Lobstein avait déjà rapproché le tissu de l'utérus du tissu jaune élastique, mais sans démontrer anatomiquement cette analogie.

A. B.

Bulletin de thérapeutique (Février 1838).

Nouvelles expériences sur divers médicaments.—M. le docteur Bally, poursuivant les expérimentations avec la strychnine contre les paralysies, dit en avoir obtenu quelques bons effets, particulièrement lorsque l'origine de la lésion est dans la moelle épinière plutôt que dans le cerveau. Ce violent poison ne lui paraît pas non plus sans efficacité contre les coliques saturnines qui résistent aux méthodes ordinaires.

L'oxide blanc d'antimoine, qu'on a vanté naguère à l'égal du tartre stibié et du kermès minéral à hautes doses, dans le traitement des pneumonies, est présenté comme un nouvel agent thérapeutique très-avantageux contre le catarrhe pulmonaire rebelle.

Quelques observations recueillies par M. Fournet tendraient à recommander le brôme pur comme pouvant calmer les douleurs et abréger la durée des arthrites chroniques que les moyens ordinaires n'auraient pu soulager ou guérir. Ce poison a été employé en potion et en frictions. A l'intérieur, la solution alcoolique de brôme a été portée graduellement jusques à soixante gouttes dans les vingt-quatre heures, en commençant par deux gouttes répétées dans quatre onces de véhicule.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS.

Esquisse médicale d'Alger.—Propriétés de la plante appelée *Viola parviflora*.— Changements dans l'urine par les médicaments.— Cuiller d'argent avalée dans un accès de démence, et qui s'est fait jour un an après par un abcès dans la région de l'estomac.

I. — *Esquisses médicales d'Alger;* par A. de Schoenberg. — L'auteur a assisté à la première campagne d'Alger, et il a présenté à la Société médicale de Copenhague le résultat de ses observations; sans doute elles sont incomplètes, mais elles intéressent les lecteurs français, puisqu'il s'agit d'une conquête de la France. Elles offrent aussi cet attrait spécial que l'auteur a vu tous les faits à travers le prisme des théories médicales allemandes, et ce serait une étude philosophique curieuse de les comparer avec celles des élèves de M. Broussais. Or, on voit combien des faits, qui sembleraient devoir être les mêmes pour tous, revêtent des couleurs et acquièrent une signification différente, suivant la portée et le genre d'instruction de l'observateur.

Au printemps, les maladies ont un caractère inflammatoire; il devient bilieux et gastrique en été, sans toutefois passer à l'état nerveux (typhoïde), à moins que l'on ait employé des médications trop énergiques. En automne, on voit de nouveau régner le caractère inflammatoire; en hiver, les rhumatismes et les catarrhes. Dans les environs et dans le voisinage des marais, on observe des fièvres intermittentes.

Les organes de la poitrine sont moins souvent affectés que ceux du ventre; c'est à peine si deux individus sur cent sont sans hémorrhoïdes. De même, les maladies du foie, de la rate, les cachexies et les hydropisies ne sont pas rares. On observe assez souvent la phthisie; elle est le plus souvent la suite d'un catarrhe négligé. Les Bédouins qui font l'office de baigneurs en sont principalement affectés. On la combat avec le suc de diverses plantes et des balsamiques; si, au bout de six mois, le malade n'est pas guéri, on regarde le mal comme incurable. Le climat prédispose aux maladies nerveuses; on voit beaucoup d'aliénés et d'épileptiques. Le tétanos et le trismus apparaissent souvent sans être précédés d'aucune lésion traumatique. Quelques purgatifs doux, de l'opium à des doses énormes et du musc sont les moyens qui paraissent réussir le mieux.

Les affections vénériennes, surtout celles de la peau, sont très-communes; elles n'isolent pas le malade de la société. On emploie la salsepareille en poudre et en décoction pendant quarante jours, et une diète sévère; le malade ne se nourrit que de pain et de raisins secs. Quelquefois on donne le calomel à des doses indéterminées; la salivation est un sujet de terreur pour les médecins comme pour les malades. Ils cautérisent les bubons avec le fer rouge.

Il est peu de familles où on ne remarque de violentes coliques après les fêtes du Bayram, les croyants ayant l'habitude de se dédommager d'un jeûne forcé de trente jours en mangeant pendant trois jours une énorme quantité de pâtisseries et de bonbons. Voici le traitement des médecins du pays : on met au malade deux écharpes autour du cou et on les tourne jusqu'à ce qu'il soit près d'être étranglé; alors, pendant qu'il est encore tout étourdi, des

hommes vigoureux, placés l'un en face de l'autre, lui portent de violents coups de genou, et le poussent et le repoussent ainsi dix à douze fois.

L'hydrocèle est très-commune et très-grosse. L'auteur a vu une diarrhée céder rapidement à un moyen qui est aussi fort usité à Malte : c'est un mélange de charbon de liége réduit en poudre avec du rhum. Une céphalalgie fut enlevée par des frictions faites sous la langue avec un morceau de laine enduit de sel et d'ail. La maladie qui exerça le plus de ravages dans l'armée française était, selon les médecins qui l'accompagnaient, une dysenterie épidémique. L'auteur lui trouve de l'analogie avec le choléra.

On observe à Alger une céphalalgie particulière : c'est une hémicrânie intermittente dont les étrangers sont surtout affectés. Un Italien, qui en souffrait depuis huit ans au point de perdre connaissance, lors de l'invasion des accès, fut guéri par l'ipécacuanha et le sulfate de quinine. Dans une famille entière, il s'annonçait par une amblyopie qui devenait une amaurose complète. Un de ces individus guérit en s'éloignant d'Alger, mais à son retour il fut de nouveau repris. — L'ophthalmie d'Égypte est plus rare qu'à Tripoli.

Les fractures de jambe se traitent par l'appareil inamovible en plâtre ou par l'amputation. On abat le membre d'un coup de sabre, et on plonge le moignon dans la poix brûlante, ou on le cautérise avec le fer rouge. Ce dernier moyen est aussi mis en usage dans les hernies étranglées. La saignée consiste en scarifications avec un rasoir sur le front et les tempes, ou en piquant la membrane olfactive avec un morceau de bois pointu. L'acupuncture aux tempes est très-employée contre les maux de tête. On cautérise les brûlures et les tumeurs, puis on les saupoudre avec

une plante pulvérisée que l'auteur ne nomme point. Les piqûres de scorpion sont rares; l'animal ne blesse que lorsqu'il est attaqué. On applique dessus l'animal lui-même et force amulettes. La vaccine fut introduite par le docteur Bohn, et pratiquée pour la première fois sur quelques-uns des individus de la famille de l'ex-dey. Celui-ci avait une espèce de proto-médecin qui décidait les cas de médecine légale, et créait des médecins pour une piastre, sans savoir lui-même ni lire, ni écrire. Un homme maniait-il habilement le rasoir, avait-il composé un emplâtre pour guérir telle ou telle maladie, alors on lui donnait le privilége de l'une des six pharmacies de la ville. Il distribuait à tort et à travers le quinquina, la thériaque, l'opium, le calomel, la salsepareille, le piment, les cantharides et l'opodeldoch. Ismaël-Ben-Mehmed était en grande réputation; il étudiait les ouvrages de Ben-Hussina, médecin arabe, qui vivait il y a sept cents ans. Sa pharmacie était assez bien montée. Il n'employait pas le mercure contre la syphilis, et savait distinguer les fièvres intermittentes de celles qui ne l'étaient pas.

Toutes les femmes sans exception peuvent exercer l'état de sages-femmes; elles se transmettent leur expérience. Il y a des matrones maures et juives. L'une d'elles fait jusqu'à cent cinquante accouchements par an. Elle prétend que, sur cent délivrances, trois à cinq seulement nécessitent les secours de l'art. Les douleurs durent rarement deux jours, et il est rare de voir mourir la mère ou l'enfant. La métro-péritonite est inconnue à Alger et la fièvre de lait très-légère.

Quand les esclaves sont affectés de gale, on les fait entrer dans la mer une ou deux fois par jour, jusqu'à ce que la maladie soit guérie. Les bains ordinaires sont des bains de vapeur. Ils sont surmontés d'une coupole comme les

mosquées, et offrent un singulier mélange de luxe et de misère, de saleté et de propreté. Il y a deux grandes salles; la première offre des bancs couverts de nattes où on se repose et où l'on se déshabille. Dès qu'on entre en transpiration, les baigneurs vous font coucher et vous frottent tout le corps avec la main d'abord, puis avec un gant de laine, ensuite avec du savon qu'ils enlèvent enfin avec de l'eau froide. Quand la transpiration a cessé, ils exercent des tractions sur les membres et assouplissent les articulations. Il n'y a point de police médicale à Alger. Les fabriques d'huiles, les bouchers, les poissonniers jettent leurs résidus dans la rue. Le mézouar ne se mêle que de la prostitution.

II.—*Sur les propriétés de la plante appelée* Viola parviflora, Mutis; V. Jonidium, Vent; Jonidium Marcucci, Bancroft. —Cette plante vient dans diverses parties de la Colombie, où elle est connue sous le nom de *cuichunchulli*; on vient de l'employer contre l'éléphantiasis des Barbades, ou lèpre tuberculeuse. Les résultats obtenus encouragent à la tenter de nouveaux contre une maladie jusqu'ici incurable. On donne la racine pulvérisée; mais la plante est si rare que son prix est encore excessif. Le doct. Fuenmajor lui attribue des propriétés drastiques, diurétiques, sudorifiques et vomitives. C'est probablement un émétique comme la plupart des plantes de la famille des Violariées. Le docteur Bancroft (de la Jamaïque) a vu de bons résultats de son usage continué pendant cinq à six semaines sur six malades. Malheureusement sa provision était épuisée, et ses essais furent forcément suspendus.

(*Journal de Hufeland*. Novembre, 1837.)

III.—*Sur les changements dans la composition de l'urine amenés par l'usage de divers médicaments*; par le docteur Vetter,

à Berlin. —Dans le premier volume du Journal d'anatomie et de physiologie de Tiedemann, Wohler a prouvé par des expériences que certaines substances passent, sans subir aucune décomposition, du canal intestinal dans l'urine, tandis que d'autres n'y parviennent qu'après avoir été modifiées, et quelques-unes enfin ne s'y retrouvent jamais. Ces dernières sont le fer, le plomb, l'alcool, l'éther sulfurique, le camphre, l'huile de Dippel, le musc, les principes colorants de la cochenille, etc. Celles qui se décomposent sont l'hydrocyanate de potasse et de fer, qui se transforme en hydrocyanate de protoxide de fer et de potasse; les combinaisons d'acide tartrique, citrique, malique et acétique, avec des bases alcalines, qui deviennent des carbonates; l'hydro-sulfate de potasse, qui passe à l'état de sulfate, et le soufre, qui se décompose en acide sulfurique et en acide hydro-sulfurique; l'iode, qui se transforme en un hydriodate. Les substances qui passent sans se modifier dans l'urine sont : les carbonate, nitrate, chlorate, sulfate et hydro-sulfate de potasse; le prussiate de potasse et de fer, le borax, l'hydrochlorate de baryte, le silicate de potasse, les matières colorantes de l'indigo, de la gomme-gutte, de la rhubarbe, du bois de campêche, des betteraves, des fruits du myrtil (*Vaccinium myrtillus*), des mûres et des cerises; beaucoup de principes odorants altérés, celui de l'huile de térébenthine, de l'anis étoilé, de l'assa-fétida, de l'ail, du castoréum, du safran et de l'opium. Toutes ces substances se retrouvent dans l'urine à l'état liquide, et les solides qui sont dissous doivent l'être en vertu d'affinités chimiques très-puissantes, car ces mêmes substances sont insolubles dans l'eau bouillante. Quelques chimistes ont signalé un sel mercuriel dans l'urine des malades traités par les frictions, et l'un d'eux a prétendu avoir retiré vingt grains de mercure métallique de soixante livres d'urine.

Le sulfate de quinine se retrouve dans l'urine lorsqu'il a été donné à haute dose. M. Landerer, pharmacien à Athènes, l'a mis à nu au moyen de la teinture de noix de galle, en formant un gallate de chinine, dans l'urine de quelques individus affectés pendant long-temps de fièvres intermittentes dans le Péloponèse. L'asperge, qui communique une odeur spéciale à l'urine, laisse aussi passer son principe particulier, qui est l'asparagine. Presque tous les astringents se retrouvent dans cette excrétion, et de là vient probablement leur action énergique dans l'atonie de la vessie. Ce serait une recherche intéressante de s'assurer quels sont les principes du poivre cubèbe et du baume de copahu, qui peuvent s'y retrouver. Il est facile de constater la présence d'huiles grasses dans la vessie, pour peu qu'elles soient odorantes, et les bons effets de ces préparations dans la néphrite calculeuse sont dus uniquement à ce que l'huile lubréfie les uretères, et facilite la descente des calculs. C'est dans un espace de temps souvent très-court que les substances passent dans la vessie. On retrouve des traces d'iode dans l'urine soixante-dix minutes après avoir fait prendre de l'hydriodate de potasse à un homme, et si l'on continue l'usage du médicament, on retrouvera cette substance plusieurs jours après en avoir cessé l'usage.

(*Journal de Hufeland*. Septembre, 1837.)

IV.— *Cuiller d'argent avalée par le malade pendant un accès de démence, et qui s'est fait jour, un an après, par un abcès situé dans la région de l'estomac*, obs. recueillie par M. Ogmundsen, étudiant en médecine à Copenhague. — Un négociant islandais, qui s'adonnait aux boissons alcooliques à la suite de pertes considérables qu'il avait éprouvées dans le commerce, avait été affecté plusieurs fois de *delirium tremens*.

A la fin il tomba dans un état de manie religieuse avec tendance au suicide. Il essaya tous les moyens imaginables pour se tuer; mais on le revêtit de la camisole de force, et, n'ayant plus d'autres moyens de terminer ses jours que la faim ou l'asphyxie, il commença par recourir au premier. Pendant quatorze jours il ne prit aucun aliment; mais, lassé de cette torture prolongée, il avala une cuiller à café d'argent. C'était le 21 juillet 1835; et le médecin, s'étant assuré que la cuiller ne se trouvait plus dans l'œsophage, dut se borner à un traitement antiphlogistique pour prévenir l'inflammation de l'estomac; celle-ci n'eut point lieu. On examina avec soin les selles du malade jusqu'au 3 septembre, sans y trouver la moindre trace du corps étranger. Le malade se rendit à Copenhague accompagné d'un médecin. Pendant la route il resta calme; mais se plaignit constamment d'une douleur au creux de l'estomac, qui le forçait à rester courbé. A son arrivée, il fut reçu à l'hôpital général, mais renvoyé bientôt sans avoir éprouvé aucun soulagement. Depuis on se borna à un traitement palliatif. L'aliénation mentale n'existait plus; et, vers la fin d'avril 1836, il retourna en Islande. Bientôt il vit une petite tumeur se former à l'épigastre; elle s'ouvrit en laissant écouler un liquide parfaitement limpide. Le 23 juillet, il aperçut au fond un corps étranger, noir.... c'était le manche de la cuiller. On fit appeler un médecin, qui ne put l'extraire entièrement; la partie creuse resta dans la plaie; on la sépara du manche; elle fut fixée avec un fil; et, au bout de quatre semaines, le corps étranger fut extrait avec la plus grande facilité. Les douleurs cessèrent, et la plaie guérit complètement.

(*Zeitschrift fur die gesammte medicin.* Volume 5, 3e cah. 1837.)

MARTINS.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Février 1838.)

Formation des vaisseaux dépendants de l'appareil respiratoire chez les phthisiques. — Composition des alcalis organiques. — Action du chlore sur les bases salifiables. — Structure comparée de la membrane cutanée et de la membrane muqueuse.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER. — *Formation des vaisseaux dépendant de l'appareil respiratoire chez les phthisiques.* — M. Guillot adresse à l'Académie les détails d'un fait d'observation qui a quelqu'intérêt pour la pathologie.

Il consiste dans des vaisseaux de formation nouvelle développés chez les phthisiques, pour lesquels ils sont les organes d'une circulation accidentelle.

Avant d'indiquer le moyen par lequel on démontre l'existence de ces nouveaux vaisseaux qui communiquent, soit avec les artères bronchiques, soit avec les artères intercostales, il est nécessaire de dire comment on s'assure de la destruction (partielle ou totale, suivant le degré de la maladie) des dernières ramifications de l'artère pulmonaire, dans les parties où existent, soit des cavernes tuberculeuses, soit des tubercules considérables.

Pour cela, il suffit de lancer des injections de matière colorée par l'artère pulmonaire, et l'on voit alors qu'elle cesse de se répandre dans les endroits les plus malades.

Ce fait étant vérifié, on passe alors à l'examen des particularités suivantes :

Une injection de matière colorée dirigée par les artères

naissant du ventricule gauche du cœur, par l'aorte thoracique ou par l'aorte abdominale d'un phthisique dont l'artère pulmonaire a été liée pour plus de précaution, pénètre néanmoins dans une plus ou moins grande étendue des poumons, et l'on remarque alors que des vaisseaux se répandent dans toutes les parties où l'on a cessé de pouvoir reconnaître les dernières divisions de l'artère pulmonaire.

Ces vaisseaux nouveaux occupent quelquefois les deux tiers des poumons malades, et ils se terminent surtout autour des tubercules les plus volumineux et à la surface des cavernes dans lesquelles ils forment comme de petites villosités.

Si l'on cherche leur origine, on voit qu'elle est double; cependant je n'affirmerais pas, dit l'auteur, qu'elle ne puisse être simple, mais je signale ici seulement le cas dont j'ai pu faire l'observation.

D'une part, ils naissent des artères bronchiques, et l'on sait que, dans l'état sain, ces artères ne donnent que des rameaux peu nombreux et peu considérables aux bronches et à leurs divisions.

De l'autre, ils communiquent par des anastomoses multipliées avec les artères intercostales, au travers des adhérences et des fausses membranes développées si généralement dans les plèvres des phthisiques.

De tels vaisseaux remplaçant les conduits ordinaires de la circulation des poumons, et portant dans ces organes, pendant le cours de la phthisie, un sang qui ne les parcourt pas dans l'état de santé, sont donc importants à considérer; et leur étude peut jeter quelque lumière sur les dernières phases de cette maladie.

La séance du 12 février a été étrangère aux sciences médicales.

SÉANCES DES 19 ET 26 FÉVRIER. — *Composition des alcalis or-*

ganiques. — M. V. Regnault adresse à l'Académie un travail dans lequel il prétend que la loi généralement admise pour la composition des alcalis organiques n'est pas exacte ; que ces bases ne renferment pas toujours deux atomes d'azote pour un atome de base, comme on avait cru le remarquer jusqu'ici ; mais que plusieurs d'entre elles renferment quatre atomes d'azote : telles sont la quinine, la cinchonine, la strychnine et la brucine, tandis que la morphine, la codéine et la narcotine ont bien en effet, comme on l'avait annoncé, seulement deux atomes d'azote pour un atome de base.

Il résulte également des recherches de l'auteur que tous les sels formés par les bases organiques avec les *oxacides* renferment un atome d'eau qu'on ne peut leur enlever sans les décomposer. Ainsi, ces bases présentent une analogie complète avec l'ammoniaque.

Les substances azotées, si remarquables, découvertes dans ces derniers temps par M. Liebig, l'ammeline et la mélanine, renferment un atome d'eau dans les sels avec les oxacides qui ont été examinés. M. Regnault a reconnu qu'il en est de même pour l'urée; les oxalate et nitrate d'urée, qu'on avait regardés jusqu'ici comme anhydres, renferment un atome d'eau.

On est ainsi conduit à former un même groupe des substances basiques que nous présente le règne organique. Ces substances se distinguent, non-seulement par ce caractère remarquable qu'elles renferment toutes de l'azote, mais encore par leur manière de se comporter avec les acides. Ainsi, ces bases se combinent directement avec les hydracides, sans les décomposer, comme cela a lieu avec les bases oxidées du règne minéral; et avec les oxacides dissous dans l'eau, elles forment des sels qui retiennent toujours un atome d'eau qu'on ne peut leur enlever sans les décomposer.

Action du chlore sur les bases salifiables. — M. Peltier présente un Mémoire concernant les recherches qu'il a entreprises sur ce sujet pour faire suite à celles qu'il a déjà fait connaître sur l'action de l'iode.

Les résultats auxquels il est arrivé sont les suivants :

1° Le chlore ne se combine point aux bases salifiables organiques.

2° Il agit sur elles en les décomposant : il se porte principalement sur l'hydrogène et forme de l'acide hydro-chlorique.

3° Le résultat de cette action est la formation d'une substance particulière pour chaque base. Ces matières sont neutres, incapables de saturer : un petit nombre paraissent susceptibles de cristallisation.

4° La strychnine est la substance alcaloïde qui fournit les résultats les plus positifs.

5° L'extrême sensibilité du chlore comme réactif de la strychnine (réactif qui était encore à trouver), devient un moyen précieux d'investigation dans les recherches toxicologiques relatives à cette substance si éminemment vénéneuse.

Structure comparée de la membrane cutanée et de la membrane muqueuse. — M. Flourens lit un Mémoire sur ce sujet faisant suite à de premières recherches qu'il a communiquées depuis long-temps à l'Académie. Dans ce dernier travail, M. Flourens, cherchant à préciser le siége de la coloration de l'aréole du mamelon dans le sein de la femme, a soumis à une macération méthodique la peau de cette partie. Cette opération a détaché deux épidermes, et la coloration plus prononcée de l'épiderme interne a paru avec évidence. La structure des téguments de la langue examinée ensuite par M. Flourens, et donnée par lui comme le type d'un groupe entier de membranes muqueuses, a montré ses trois élé-

ments constitutifs superposés, l'épiderme, le corps muqueux et le derme. Mais il fait observer que cette organisation, qui se retrouve dans toute la muqueuse de la bouche et de l'œsophage, change de nature dans le reste des voies digestives.

L'analyse de ces téguments, obtenue tour à tour par la macération et par l'ébullition, lui ont permis de comparer la structure de la peau avec celle des muqueuses. C'est ainsi que, dans l'une des planches qu'il montre à l'Académie, il a représenté la structure des deux lèvres de la bouche vues par leur côté externe. On y voit d'une manière évidente la continuité parfaite du derme de la peau et du derme de la muqueuse, ainsi que celle de l'épiderme de l'une de ces membranes avec l'épiderme de l'autre. Mais, au point où le tégument de la lèvre se transforme de cutané en muqueux, l'épiderme interne change aussi de nature et de coloration, et il devient corps muqueux; de sorte qu'il n'est plus douteux pour M. Flourens que ce ne soit à cet épiderme interne qu'il faille rapporter tout ce qui a été dit du corps muqueux de la peau.

La peau a deux épidermes : l'un interne, l'autre externe; et la muqueuse buccale et œsophagienne a un corps muqueux et un épiderme externe qui correspondent aux deux épidermes de la peau.

M. Flourens étudie aussi la question sous le rapport de l'anatomie comparée; il fait l'application du résultat de ses recherches à la structure de la langue, de la cavité buccale et du mufle du cheval et du bœuf. De plus, il fait observer qu'on remarque la cessation brusque du corps muqueux dans l'estomac de ces animaux, à l'endroit même où finit le feuillet et où la caillette commence.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Février 1838.)

Fin de la discussion sur l'introduction de l'air dans les veines. — Nouvelle source d'eau minérale découverte à Gréoulx. — Eaux minérales de Pougues. — Publicité de la correspondance de l'Académie. — Gangrène spontanée. — Appareil inamovible des Arabes pour les fractures. — Éruptions anomales. — Épididymite. — Opération césarienne pratiquée deux fois avec succès sur la même femme.

SÉANCES DES 6 ET 13 FÉVRIER. — *Fin de la discussion sur l'introduction de l'air dans les veines.* — L'éternelle discussion sur l'introduction de l'air, qui, comme la plupart des questions débattues à l'Académie, finit par devenir une question de personnes au lieu de demeurer une question scientifique, va toucher à sa fin. M. Gerdy, qui pendant les débats a paru vouloir se refuser à l'évidence des faits, en élevant, contre la véracité des expériences de M. Amussat, des objections sans nombre et des négations formelles, attaque dans cette séance la conclusion du rapport, qui propose à l'Académie de voter des remercîments à M. Amussat comme ayant bien mérité de la science et de l'Académie par l'infatigable zèle dont il a fait preuve. « Certes, dit-il, messieurs, il faut que la commission » soit bien pénétrée des services de M. Amussat pour » prendre une conclusion si honorable et si flatteuse. Pour » moi, j'ai beau chercher les résultats de ses nombreuses ex» périences, je ne les trouve pas, et je doute que M. le rap» porteur les trouve mieux que moi. »

M. Gerdy répète de nouveau sa profession de foi négative sur tous les points de la discussion qu'il a déjà niés ou

révoqués en doute. Il croit, il est vrai, à la possibilité de l'entrée de l'air dans les veines, puisqu'il propose, dans les opérations où l'on pourrait avoir lieu de la redouter, de comprimer la poitrine par un bandage de corps; mais il nie que cet accident soit aussi facile et aussi fréquent que l'a avancé M. Amussat. Il ne croit pas que le bruit de lappement annoncé comme caractéristique soit constant; il prétend ne l'avoir jamais entendu, malgré l'assertion opposée d'autres assistants qu'il qualifie de *fameuses oreilles*.

Enfin l'antagoniste des expériences de M. Amussat ne voit dans le mémoire de son adversaire qu'une philippique contre lui, « mais, dit-il, avec cette différence que je ne suis point le roi de Macédoine, et qu'il n'est point l'orateur d'Athènes. Il m'accuse de haïr les expériences sur les animaux. Non, je ne les hais pas, mais je crois qu'on en a abusé. Plusieurs classes de savants, confondant la médecine avec leur science, se persuadent que la nôtre ne saurait faire de progrès si elle s'écarte de la voie de l'expérimentation. Eh bien, c'est là une erreur grossière. »

M. Gerdy finit par vouloir donner des conseils en apparence bienveillants à M. Amussat; mais l'impatience de l'Académie, à qui l'on demande la clôture de la discussion, l'oblige à abréger.

M. Bouillaud ferme la discussion en répondant à la plupart des objections qui ont été faites contre le rapport de la commission dont il a été l'organe.

Dans la discussion qui nous occupe, dit-il, chaque orateur a posé la question à sa manière; mais nous, nous croyons l'avoir envisagée sous un point de vue plus large et plus utile. Nous avons étudié la question de l'introduction de l'air dans le système vasculaire sous le point de vue : 1° de son mécanisme, et des altérations qu'on trouve

après la mort dans les vaisseaux sanguins; 2° des accidents qui sont le résultat de la présence de l'air dans les vaisseaux ; 3° des moyens proposés pour remédier à ces accidents ; 4° des inductions que l'on peut tirer des expériences sur les animaux relativement à l'entrée de l'air dans les veines de l'homme, dans certaines opérations chirurgicales. Reprenons :

1° Il est évident que la principale cause de l'introduction de l'air dans la veine jugulaire ouverte, c'est l'inspiration, car le bruit que fait entendre l'air en s'introduisant est isochrone à l'inspiration ; mais cette cause n'est pas la seule : la diastole des cavités droites du cœur concourt avec la dilatation de la poitrine à attirer l'air dans le système vasculaire. A cet égard la commission pense absolument comme M. Barthélemy, qui sur ce point au moins se serait dispensé de l'attaquer, s'il y eût mieux réfléchi.

Le signe indicateur, et en quelque sorte pathognomonique, de l'introduction de l'air dans les veines est un bruit particulier qui dans les chiens ressemble parfaitement au bruit de lappement, et dans les chevaux à un bruit de glouglou ou de gargouillement.

M. Gerdy a vivement attaqué cette partie du rapport. Il a dit que ce bruit de lappement n'avait pas toujours lieu ; mais qui lui a dit que lorsqu'il n'avait pas lieu le phénomène se produisait ? J'ai dit et je répète ici que rien n'est plus facile à saisir que ce bruit. Il est inutile pour cela d'avoir les *fameuses oreilles* qu'il a prêtées à un de nos collègues, il suffit d'avoir des oreilles ordinaires, il suffit de n'être pas sourd.

Sur les chevaux ainsi que sur les chiens ouverts immédiatement après l'entrée spontanée de l'air dans les veines, on a trouvé constamment les cavités droites distendues, ballonnées par l'air libre ou mêlé avec le sang; mais sur les

chevaux on a trouvé de plus de l'air dans les cavités gauches, dans l'aorte, et constamment dans les vaisseaux du cerveau.

D'où vient cette différence? M. Bouillaud l'attribue au calibre des dernières ramifications des vaisseaux pulmonaires, qui, étant plus considérable dans les chevaux que dans les chiens, doit plus facilement se laisser traverser par l'air mêlé au sang. Mais ce n'est là qu'une conjecture à laquelle on n'attache d'ailleurs que très-peu d'importance.

2° M. Bouillaud convient que lorsqu'il assista aux premières expériences de M. Amussat, il était préoccupé de l'idée de ces morts foudroyantes qui, d'après quelques chirurgiens, suivaient l'entrée de l'air dans une veine voisine du cœur. Quelle ne fut pas notre surprise, dit-il, quand nous vîmes la plupart des chiens respirer de l'air à longs traits pendant plusieurs minutes, non-seulement sans que la mort s'ensuivît, mais encore sans qu'il se manifestât d'accidents vraiment graves!

Cette contradiction entre le langage des chirurgiens et le résultat des expériences sur les animaux n'a pas échappé à MM. Gerdy et Dubois d'Amiens. Tous deux ont remarqué que le danger de cet accident était beaucoup moins prochain et moins redoutable qu'on ne l'avait dit, et en cela ils ont parfaitement raison. Je suis d'accord avec eux; mais j'ai sur eux l'avantage d'avoir signalé le premier cette différence dans les termes les moins équivoques. Cette différence, ai-je dit, est des plus évidentes et nous paraît digne de fixer toute l'attention de l'Académie.

Mais enfin, un peu plus tôt ou un peu plus tard, la mort arrive. Comment arrive-t-elle? de deux manières. Premièrement, par l'énorme distension des cavités droites du cœur opérée par l'air qu'elles contiennent, et qui met cet organe hors d'état d'agir régulièrement; en second

lieu, parce que l'air, mêlé au sang et circulant avec lui, l'altère, le décompose, et joue en quelque sorte le rôle de corps étranger.

M. Barthélemy ne croit pas à cette explication, et sa raison, c'est que l'eau, introduite en même quantité que l'air dans le système sanguin, produit les mêmes effets. Comme M. Barthélemy n'affirme sans doute que ce qu'il a vu, il faut le croire; mais je l'engage à répéter ses expériences, et j'ose lui prédire qu'il n'aura pas toujours le même résultat.

3° M. Bouillaud rappelle ce qu'il a dit sur les moyens propres à s'opposer à l'entrée de l'air dans les veines, et aux accidents qu'elle produit. Le bandage compressif dont M. Gerdy a proposé d'entourer la poitrine du malade pendant qu'on opère lui paraît d'une efficacité fort douteuse. Il n'a pas plus de confiance dans les secousses brusques et répétées du thorax; enfin il convient que si, à la première vue, l'introduction de la sonde proposée par M. Magendie pour aspirer l'air est plus séduisante, on manque des expériences nécessaires pour porter un jugement solide.

En somme, dit-il, la thérapeutique et la prophylactique de l'introduction spontanée de l'air dans les veines requièrent de nouvelles expériences.

4° Malgré la réserve avec laquelle il faut conclure des animaux à l'homme, M. Bouillaud ne comprendrait pas qu'on pût admettre l'introduction de l'air dans le système veineux d'un chien, par exemple, et nier la possibilité de cette introduction dans les veines d'un homme. Il est en effet des inductions si naturelles qu'il est inutile d'en constater la légitimité. Mais comment se fait-il que la même cause ait des effets différents? Comment la mort est-elle si prompte, si rapide, si instantanée sur l'homme, et comment

est-elle si lente sur les chiens et sur les chevaux? La physiologie n'a pas de réponse satisfaisante à ces questions, mais elle enregistre la différence et la constate.

La conclusion finale est de remercier M. Amussat. On dit que les faits qu'il a mis en lumière étaient connus; oui, messieurs, ils étaient connus; mais ils étaient contestés. Ils ne le seront plus après les expériences qui ont été faites, et ce progrès est dû à M. Amussat; et vous lui refuseriez des remerciements que vous accordez à quiconque dépose une brochure sur le bureau! M. Dubois a dit que celui qui avait bien fait trouvait sa récompense en lui-même. C'est sans doute une maxime fort digne; mais à d'autres le puritanisme, et ne craignons pas de louer ce qui est louable.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Rapport sur une nouvelle source d'eau minérale découverte à Gréoulx.—Après avoir donné l'analyse de cette source, le rapporteur conclut que la source découverte il y a environ deux ans, dans le même lieu, n'a aucune analogie de composition avec celle qu'on vient de trouver. Or, il est à remarquer qu'à tort ou à raison le propriétaire de ces eaux fut soupçonné d'avoir falsifié les échantillons qui furent envoyés à l'Académie. Néanmoins la commission ne partage pas ces soupçons; elle croit plutôt que ce changement dans la composition de l'eau est l'effet de quelque opération chimique naturelle. A cela près, la nouvelle source serait fort analogue à celle de l'établissement de M. Gravier, excepté qu'elle est beaucoup moins riche en principes chimiques et qu'elle est froide; mais, comme elle peut être chauffée, la commission pense qu'il n'y a point d'inconvénient à accorder au propriétaire l'autorisation de l'exploiter.

Une courte discussion s'engage entre quelques membres

pour savoir si la création d'un nouvel établissement est bien nécessaire, et si elle ne portera pas préjudice à l'établissement existant de M. Gravier.

M. Bousquet fait remarquer que la lettre ministérielle ne demande qu'une chose, savoir, la composition de la nouvelle source. Or, il y a dans cette question deux points bien distincts : le point de vue scientifique, et celui-là est du ressort de l'Académie ; le point de vue administratif, et celui-là regarde l'autorité supérieure. En conséquence, il propose à la compagnie de se tenir strictement dans ses attributions.

Cette proposition, appuyée par MM. Double, Gerdy, Castel, est adoptée.

Rapport sur les eaux minérales de Pougues. — Cette eau contient beaucoup d'acide carbonique libre,

Du carbonate de chaux,
— de magnésie,
Du sulfate de soude anhydre,
— de chaux,
Du chlorure de magnésium,
Du fer,
Et des traces d'alumine.

Il est remarquable que, depuis un demi-siècle, l'eau de Pougues n'a pas varié sensiblement.

Séance des 20 et 26. — *Publicité de la correspondance de l'Académie.* — Depuis fort long-temps l'Académie ne donnait aucune communication de sa correspondance à MM. les journalistes ; elle employait même tous les moyens pour que les mémoires lus dans son sein ne fussent point communiqués aux journaux pour y être analysés d'une manière exacte et convenable. Cette mesure n'avait d'au-

tre but que le seul intérêt de ses propres mémoires. Depuis deux ans environ, sur la proposition de M. Double, le conseil d'administration décida qu'à la fin de chaque séance la correspondance du jour serait mise à la disposition des journalistes. Par cette innovation, les journaux de médecine purent insérer les comptes-rendus de chaque séance avec beaucoup d'exactitude.

Cependant, au mois d'octobre 1836, le conseil d'administration résolut de faire paraître un bulletin périodique des séances de l'Académie, et, à dater de ce jour, les communications qui étaient faites à MM. les journalistes ont été supprimées.

M. Chervin demande à l'Académie une nouvelle motion d'ordre. Il dit que les journaux de médecine rendent compte des séances de l'Académie de la manière la plus infidèle, ce qui tient évidemment à ce qu'on ne leur communique plus les pièces de correspondance comme on le faisait avant que l'Académie eût un bulletin. Il propose de revenir sur cette mesure.

La proposition de M. Chervin est renvoyée au conseil d'administration.

Gangrène spontanée.—M. Renoult fait un rapport sur deux observations de gangrène spontanée transmises à l'Académie par M. Lanelongue. M. le rapporteur partage l'opinion de l'auteur, qui attribue la gangrène à l'inflammation de la membrane interne des artères; mais il regrette qu'on n'ait rien dit des causes prédisposantes qui, dans ce cas comme en beaucoup d'autres, sont les causes essentielles. La commission propose, outre le dépôt aux archives, l'inscription de M. Lanelongue au rang des candidats aux places de membres correspondants. L'Académie adopte seulement la première proposition.

Appareil inamovible des Arabes pour les fractures des membres.

—M. Renoult fait un rapport sur un appareil à fracture, dont le modèle a été envoyé de Constantine à l'Académie de médecine par M. Sédillot, qui l'a trouvé sur le bras de la femme d'un Arabe de Constantine. Voici la description de l'appareil donnée par M. Sédillot :

Treize planchettes de palmier de neuf pouces environ de longueur sur huit lignes de largeur, convexes sur une de leurs faces, planes sur l'autre, et épaisses de deux à trois lignes, avaient été assujetties par leur face plane et à des intervalles égaux de trois à quatre lignes sur un morceau de peau de mouton, dont les bords, reployés sur les extrémités des attelles, servaient à les fixer par quelques points de suture. Dans l'espace qui séparait la première attelle de la seconde, on avait pratiqué trois ouvertures destinées à recevoir trois lanières de deux pouces de long, qui avaient été taillées aux dépens de la peau qui dépassait la treizième attelle : ces lanières introduites dans les ouvertures correspondantes servaient à serrer l'appareil autour du membre, à la manière de bandages unissants, et on les fixait en les traversant d'une petite cheville de bois, plus longue que l'intervalle des attelles sur lesquelles elles reposaient. Ce moyen eût difficilement donné à l'appareil un degré de constriction suffisant, et on y avait suppléé en y ajoutant trois cordons de laine lâchement noués, pour pouvoir les tordre avec trois petits bâtonnets de roseau creux qui remplissaient l'office de tourniquets, et pouvaient serrer l'appareil avec toute la force convenable. Pour les maintenir, on passait dans leur intérieur une aiguille de bois, et rien de plus aisé que de diminuer ou d'augmenter à volonté d'un ou de trois cordons sans imprimer la moindre secousse au membre.

M. le rapporteur fait observer que cet appareil est loin de la perfection des appareils qu'on emploie de nos jours

dans les mêmes circonstances ; mais si l'on a égard à la position des Arabes, privés de toutes les ressources de l'industrie, on sera étonné qu'ils aient pu si bien faire.

M. Renoult se rappelle avoir vu, en 1799, cet appareil employé chez une tribu égyptienne; et, comme les Arabes sont dans l'habitude de fouiller les tombeaux, il ne serait pas impossible qu'ils eussent pris sur des momies la première idée du traitement qu'ils appliquent aux fractures. D'un autre côté, il est possible que ce bandage ait pu être porté à Constantine par les caravanes qui traversent l'Egypte pour aller faire leur pèlerinage à La Mecque.

Eruptions anomales. — M. Maury fait un rapport sur un mémoire de M. Dubourg, intitulé : *Eruptions anomales.* Ces éruptions, observées par M. Dubourg, ne sauraient être rapportées, d'après lui, à aucun type connu, il les compare successivement avec la rougeole, la scarlatine, la variole, la suette miliaire, et une foule d'autres éruptions, dont elles diffèrent toutefois à plusieurs égards.

Jamais ces éruptions ne constituaient la maladie ; mais elles survenaient dans les maladies les plus diverses, et jouaient un grand rôle dans la marche de ces maladies. Sur six malades dont M. Dubourg donne l'histoire, un seul a guéri en promenant le long de l'épine dorsale un fer chaud sur deux couches de compresses imbibées d'ammoniaque et de térébenthine.

L'éruption tenait le milieu entre le bouton et la plaque, et ne durait guère que vingt-quatre heures ; son apparition annonçait un danger grave, et une rétrocession brusque était promptement mortelle.

La saignée a été plus nuisible qu'utile.

Comme M. Dubourg n'a pas été aussi bien placé qu'il l'aurait voulu pour observer dans les plus minutieux détails la maladie éruptive dont il est question, et que les

préjugés populaires de la localité ne lui ont permis de faire aucune ouverture de cadavres, on ne saurait tirer aucune conclusion de la relation qu'il a communiquée sur ces éruptions, que M. Castel lui reproche d'avoir appelées anomales.

Epididymite. — M. Rochoux fait un rapport sur un mémoire de M. Ricord sur l'épididymite vulgairement appelée orchite. Il est très-rare que cette maladie se manifeste dans la première semaine de la blennorrhagie; elle est au contraire très-commune dans la deuxième et dans la troisième.

Le testicule gauche est plus souvent malade que le droit.

M. Ricord admet deux espèces d'épididymites : l'une sympathique, c'est celle de l'épididyme; l'autre de succession, c'est celle où l'inflammation se propage de l'urètre au canal éjaculateur, de celui-ci à la vésicule séminale, au canal déférent, etc.

Pendant l'inflammation de l'épididyme, l'écoulement diminue, mais il ne cesse jamais complètement; et si on cherche à le rappeler par des moyens artificiels, on fait plus de mal que de bien.

M. Rochoux ne pense pas, comme M. Ricord, que la tuméfaction des bourses dépende exclusivement de la tuméfaction de l'épididyme. Il croit, lui, qu'elle dépend plutôt et en plus grande partie de l'épanchement de sérosité qui se fait dans la tunique vaginale; aussi appelle-t-il la maladie *vaginalite*.

M. Velpeau fait observer que M. Rochoux n'a pas toujours professé cette opinion, qui attribue une part d'action, quelque petite qu'il la suppose, à l'engorgement de l'épididyme dans la production de la tuméfaction de l'orchite. Pour lui il croit aux deux causes combinées de l'é-

panchement et de l'engorgement de l'épididyme, auxquelles se joignent très-souvent l'inflammation et le gonflement du testicule lui-même.

Dans tous les cas d'orchite que M. Cullerier a observés, il s'est assuré que l'inflammation commençait par le canal déférent, s'étendait à l'épididyme, et s'arrêtait là sans atteindre la tunique vaginale, ce qui n'empêche pas qu'il se forme un épanchement dans sa cavité. Quant au testicule lui-même, il prétend, contrairement à l'opinion de M. Velpeau, qu'il ne s'enflamme jamais ou presque jamais. M. Cullerier ne l'a vu dans cet état que trois ou quatre fois seulement, et M. Rochoux partage entièrement son opinion à cet égard.

Opération césarienne pratiquée deux fois avec succès sur la même femme.—M. Villeneuve fait un rapport sur l'observation suivante, transmise à l'Académie par M. Rouvin :

Une femme de trente-deux ans, brune, petite, à membres arqués, surtout les membres inférieurs, arrivée au terme de sa première grossesse, réclama les services de M. Rouvin. A l'inspection du sujet, il prévit les difficultés qui l'attendaient. Le toucher eut bientôt justifié ses prévisions. Cependant, de la saillie du sacrum à la symphise du pubis, il n'y avait pas moins de quatre pouces et demi ; mais l'étendue du diamètre antéro-postérieur semblait s'être faite aux dépens du diamètre transversal; celui-ci n'avait que dix-huit à vingt lignes.

Malheureusement la poche des eaux était rompue; à cela près, la femme était dans des conditions assez favorables.

Quoi qu'il en soit, la certitude une fois acquise que l'accouchement ne pouvait se faire naturellement, M. Rouvin résolut d'extraire l'enfant par l'opération césarienne.

Il fit avec un bistouri convexe, sur la ligne blanche, à six lignes à droite de l'ombilic, une incision qu'il prolongea jusqu'à dix-huit lignes du pubis. Quelque précaution qu'il prît pour ouvrir la matrice, elle était si exactement appliquée sur le corps de l'enfant, qu'il l'effleura légèrement à l'épaule. Il est vrai que, comme il a été dit, les eaux étaient écoulées. La matrice ouverte, on fit l'extraction de l'enfant et du placenta, qui suivit immédiatement. A peine la matrice fut-elle vidée, que les intestins se présentèrent à l'ouverture de la plaie, menaçant de faire hernie. On les contint par quelques tours de suture.

La nuit qui suivit l'opération fut très-agitée par une toux presque convulsive et par des vomissements continuels si violents, qu'outre le bandage posé sur les sutures, on fut obligé d'y tenir une main pour lutter sans cesse contre les efforts qui portaient les intestins à s'échapper. Cet état d'angoisse dura trente-six heures. Après quoi, il se calma peu à peu à mesure que les lochies coulèrent.

Enfin, au bout de trente-sept jours, la plaie était cicatrisée, et la malade touchait à la convalescence.

Deux ans après, nouvelle grossesse; nouvelle opération. Les deux enfants, tous deux du sexe féminin, ont vécu. L'aînée est l'image parfaite de la santé.

M. Villeneuve prétend que l'opération césarienne serait plus heureuse si elle était pratiquée plus tôt. Mais ce que le rapporteur devrait dire, ajoute M. Capuron, c'est quel est le moment le plus favorable. Or je crois que c'est celui où les parties molles sont assez dilatées pour livrer passage à l'enfant. Mais, dit M. Castel, on prétend qu'il faut se hâter de pratiquer l'opération césarienne lorsqu'on la juge nécessaire. C'est là que gît la difficulté. On sait qu'il y a des années une femme était en travail à l'hospice de perfectionnement. Les professeurs étaient tous rassemblés, et l'opé-

ration césarienne était résolue. L'affluence des élèves était telle, que M. Deschamps dit qu'il fallait envoyer chercher un escadron pour contenir la foule. Pendant ce temps, la femme accoucha naturellement.

M. Gimelle rappelle qu'il a vu à l'hospice de M. Dubois une petite femme qui avait subi cinq fois l'opération césarienne. Elle accoucha naturellement à la sixième.

VARIÉTÉS.

Concours à la Faculté. — Grand scandale dénoncé par les Archives. — Lettre de M. Récamier sur quelques nouveaux faits de contractures guéries par l'extension et le massage. — Lettre de M. Martins sur quelques questions relatives aux syphilides.

Concours à la Faculté. — Le concours ouvert à l'école pour la chaire de chimie organique et de pharmacologie touche presqu'à son terme. Déjà l'argumentation est commencée, et les candidats, qui jusqu'ici ont fait preuve de tant de science et de talent, ne se démentent point dans cette dernière épreuve. Toutefois, on ne peut le nier, le jeune professeur de la Sorbonne a dominé cette lutte scientifique par la supériorité de son talent et l'étendue de ses connaissances.

M. Dumas s'est, du reste, plutôt posé en vainqueur qu'en athlète : ses antécédents et son nom peut-être le lui permettaient ; pour nous, nous le pensons, et nous hésitons d'autant moins à le dire que l'issue du concours ne peut être douteuse. Nous félicitons l'école de la brillante acquisition qu'elle va faire ; mais nous ne pouvons nous empêcher de demander si la chaire de pharmacologie est bien

le poste qui convient à l'habile chimiste dont la voix publique proclame déjà le triomphe. De deux choses l'une, ou M. Dumas enseignera tout simplement la pharmacologie, descendra dans tous les détails pratiques, faciles, communs et cependant indispensables de la science pharmaceutique; ou bien, négligeant ces connaissances, que tout homme avec un talent et une science ordinaires peut enseigner, il abordera les questions de philosophie et d'analyse chimique, qu'il a l'habitude de traiter avec tant de supériorité dans un autre lieu. Dans le premier cas, nous dirons : Ce n'est pas le rôle qui convient à l'esprit original et éminemment investigateur de ce jeune savant : à lui des questions d'un tout autre ordre, des sujets d'une toute autre portée; ce n'est pas le lot qui devait lui revenir. Si M. Dumas, au contraire, suivant l'impulsion naturelle de ses idées, reste dans les hauteurs de l'enseignement chimique, le but de cette chaire sera manqué. Nous verrons avec peine une jeunesse, avide de connaissances pharmacologiques élémentaires, venir consumer un temps précieux à entendre des leçons fort belles sans doute, mais qu'elle ne pourra comprendre. D'ailleurs, le nombre des hommes à qui il est donné de reculer les bornes de la science, de mettre au jour et d'exposer des découvertes hardies et heureuses, n'est déjà pas tellement considérable qu'on puisse voir avec indifférence qu'ils soient enlevés aux postes qui leur permettraient le mieux de remplir cette belle mission.

H. S.

Grand scandale dénoncé par les Archives. — Tandis que les organes les plus distingués de la presse médicale répètent, analysent, ou commentent à l'envi les ingénieuses observations de M. Récamier sur les bons effets de l'extension, du

massage et de la percussion cadencée dans le traitement des contractures (1), les *Archives*, qui le croirait? n'imaginent rien de mieux que de se scandaliser de ces mêmes observations: elles assimilent, sans plus de façon, les succès d'un médecin justement célèbre aux opérations ténébreuses d'un empirique de bas étage, récemment condamné par le tribunal d'Orléans, et signalent, de leur propre autorité, le massage comme une *pratique déshonnête*!.... Pour peu qu'on connaisse l'*esprit*, ou plutôt la *matière* des *Archives* (car nous ne voudrions pas garantir qu'il y ait là un esprit quelconque), on a peine à comprendre cette singulière prétention de donner une leçon de moralité à un homme tel que M. Récamier. L'histoire de Gros-Jean qui veut en remontrer à son curé n'est que ridicule : il y a ici quelque chose de plus ou de pis, que nous nous abstiendrons de qualifier par respect pour la dignité de notre profession.

Les *Archives* déclarent ingénûment que *le trait de lumière qui a frappé le rédacteur de la* Revue médicale, en méditant sur ces observations, *n'est pas venu encore jusqu'à elles*.... Nous le croyons sans peine : il y a des esprits tellement encroûtés, tellement enfoncés dans la matière, qu'ils sont en quelque sorte impénétrables à la lumière. Ceci soit dit, au reste, sans récrimination et sans rancune. Nous n'avons pas de raison d'en vouloir aux *Archives* pour leur indécente et déloyale diatribe. Leurs insinuations les plus venimeuses ne sauraient nuire à M. Récamier ni à nous; et les lecteurs de la *Revue* leur sauront gré peut-être d'avoir provoqué la lettre suivante, où ils trouveront une indication sommaire de quelques nouveaux faits à ajouter à ceux que nous avons déjà publiés sur les effets de l'extension et du massage pour la guérison des contractures.

---

(1) Voir l'avant-dernier cahier de la *Revue*, p. 74 de ce volume.

A M. le Directeur de la Revue médicale.

Monsieur et cher confrère,

Une maladie très-douloureuse et très-opiniâtre nous a souvent fait déplorer le sort de ceux qui en étaient affectés. Cette maladie est la contraction permanente des muscles soumis ou non soumis à la volonté. L'extension, la compression et le massage ont levé la difficulté dans différentes circonstances : j'en ai cité quelques exemples, et j'ai nommé des témoins bien connus. Il était difficile de prévoir que ces observations seraient l'objet de la parodie cynique publiée par un de ces écrivains qui salissent ce qu'ils touchent, comme les harpies de la fable, ou comme ces animaux immondes qui éclaboussent tout indistinctement sur leur passage. Je laisse aux gens sages le soin d'apprécier la valeur scientifique et morale de pareils censeurs.

Depuis la publication de ma première note, un fait m'est revenu, et d'autres se sont présentés.

1° Je fus mandé, l'an passé, en consultation avec le docteur Colson de Beauvais, pour une dame de quarante-huit ans environ, qui souffrait de douleurs opiniâtres causées par une contracture du sphyncter de l'anus. Ces douleurs furent calmées par la dilatation instantanée avec le doigt. M. Colson ouvrit ensuite un petit clapier qui existait dans l'épaisseur du sphyncter en arrière, et la contracture n'a plus reparu, que je sache.

2° Des rétentions d'urine très-douloureuses chez des femmes nerveuses et irritables, ont cédé à la dilatation de l'urètre par une sonde volumineuse. Une sonde de petit calibre vidait la vessie, mais sans faire cesser la contraction.

3° Une tumeur survenue dans la région épigastrique,

chez une demoiselle de trente-sept ans, très-irritable, causait depuis trente-six heures des douleurs atroces et des vomissements que les calmants extérieurs et intérieurs n'avaient point apaisés, non plus que les révulsifs ni l'essai des boissons froides. Le massage, d'abord doux, puis plus fort, a fait disparaître la tumeur, ainsi que les douleurs et les vomissements. La malade a pu prendre des aliments et les garder; elle a dormi toute la nuit suivante, sans aucune évacuation alvine qu'on pût regarder comme liée à un engouement du colon transverse. La tumeur était dans l'épigastre même, sous la pointe du cartilage xyphoïde. J'ai considéré ce cas comme une crampe de l'estomac conglobé par le spasme.

4° Toutes les tentatives que j'ai faites dans les contractures musculaires permanentes consécutives à des affections cérébrales, n'ont donné aucun résultat avantageux.

J'aurais voulu n'avoir à citer que des cas de torticolis, ou de crampes des membres ; mais, au risque de choquer les oreilles délicates de certains censeurs, il faut que je parle de ce que j'ai vu, et non pas de ce que je n'ai pas vu.

Faites de ces faits, mon cher confrère et ami, l'usage que vous voudrez.

RECAMIER.

Paris, 19 mars 1838.

Au Même.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans la note dont vous avez bien voulu accompagner mon Mémoire sur les syphilides (1), vous soulevez une question philosophique qui, par son importance, mérite de fixer l'attention des lecteurs sérieux de la *Revue*. Vous pen-

(1) Voir le précédent cahier de la *Revue*, page 232 de ce volume.

sez qu'il y a contradiction à admettre avec moi un virus syphilitique sans croire à la vertu prophylactique du mercure, et en assimilant ainsi les rechutes d'une syphilis à celles d'une fièvre intermittente ou d'une pneumonie. Permettez-moi d'expliquer ma pensée et de la développer plus longuement que je ne l'ai fait, de peur de paraître trop diffus.

Le virus syphilitique, supposé latent dans l'économie, n'est pour moi qu'une *hypothèse* destinée à lier entre eux les phénomènes de la syphilis, car rien ne démontre l'existence matérielle de ce virus. J'adopte cette hypothèse parce qu'elle est plus probable que les autres qu'on a proposées, mais ce n'est toujours qu'une supposition et non pas un fait démontré. Les physiciens n'affirment pas qu'il *existe* deux électricités, ni un fluide lumineux ou un éther dont les ondulations produisent les sensations de la lumière; cela est si vrai que, du moment où une hypothèse ne cadre plus avec les faits, ils l'abandonnent à l'instant pour une autre. Dès que la théorie de l'émission ne rendit plus compte de certains phénomènes lumineux, on adopta celle des ondulations. On comprend d'après cela que je ne saurais croire à la vertu prophylactique du mercure. En effet, pourquoi voudrait-on attribuer à ce médicament, seul entre tous, des propriétés prophylactiques dont l'expérience démontre tous les jours la non-existence? De ce que le mercure guérit (comme je suis loin de le contester) les symptômes primitifs et *quelques-uns* des symptômes consécutifs de la syphilis, puis-je en déduire qu'il détruit le virus, cause supposée de ces diverses affections? En aucune manière: un individu est affecté d'ulcérations syphilitiques; traitées par d'autres moyens, ces ulcérations s'accroissent ou restent stationnaires; sous l'influence du mercure, elles se cicatrisent. Que puis-je conclure logiquement

de ces faits? rien, sinon que le mercure a guéri les ulcérations syphilitiques, mais nullement qu'il a neutralisé le virus qui peut rester et reste à l'état latent, comme l'observation nous en fournit mille exemples. Une comparaison va rendre ceci plus palpable. Un malade est affecté d'une pneumonie qui reconnaît pour cause l'existence de tubercules dans les poumons; il guérit de cette pneumonie sous l'influence de la saignée. Nul praticien, ayant guéri la pneumonie, ne prétendra avoir détruit en même temps les tubercules qui sont la cause de cette pneumonie. Maintenant supposons que l'on ignorât la cause de ces pneumonies récidivantes; je dis qu'un médecin serait en droit d'admettre un *virus*, un agent *pneumonique* pour les expliquer. Mais il devra renoncer à cette hypothèse dès qu'il lui sera démontré que les tubercules sont la cause réelle de ces récidives; et, s'il a pu se bercer de l'espoir de détruire d'un même coup la cause et l'effet, une cruelle expérience l'aura bientôt désabusé en lui apprenant que son traitement de la pneumonie est actuel, non prophylactique, puisqu'il ne guérit pas l'affection tuberculeuse des poumons. En disant que le mercure n'est pas doué d'une vertu prophylactique assez énergique pour prévenir pendant toute la vie les récidives de la syphilis, je me suis mis au point de vue de ceux qui admettent cette vertu prophylactique, et qui sont forcés de convenir que, si elle existe, elle ne prolonge pas son action pendant toute la vie. Aussi ai-je eu soin d'ajouter immédiatement après que je nie cette vertu prophylactique. Il ne peut donc rester aucun doute sur ma pensée, et ma conviction ne saurait changer, puisque tous les faits contenus dans mon Mémoire tendent à faire voir que l'influence du traitement sur les rechutes est nul, mais que la constitution, la température, les agents extérieurs, les maladies, les peines morales sont les véritables causes déterminantes des syphilides.

Les expériences comparatives, tentées dans les hôpitaux militaires en faveur du traitement mercuriel, vous paraissent suspectes, parce qu'elles ont été faites depuis 1822 à 1829, c'est-à-dire dans un laps de temps où l'influence de la doctrine dite physiologique était encore à son apogée. Mais je ne cite que les résultats obtenus par les médecins anglais Hennen, Rose, Hill et Thomson, qui sont antérieurs à cette époque, et ceux de M. Pailloux, qui ne remontent qu'à 1832. Or, vous savez mieux que moi que la doctrine de l'irritation n'a jamais franchi le détroit, et que c'est dans les hôpitaux militaires seulement que l'on peut étudier les récidives de la syphilis. Dans la pratique civile, un malade affecté de symptômes secondaires ne retourne pas vers le médecin qui l'a soigné pour les accidents primitifs. Il n'a plus confiance en celui qui, selon son expression, n'a fait que le blanchir. C'est pourquoi la pratique civile ne peut jeter que peu de lumières sur la question dont je me suis occupé. Je me garde bien de conclure, comme vous paraissez le croire, que le mercure doit être banni de la thérapeutique des symptômes primitifs. J'ai trop souvent été témoin de ses bons effets, j'ai vu trop souvent des ulcérations guérir sous son influence, comme on peut le voir dans les observations qui sont à la suite du Mémoire, pour m'en tenir aux sangsues et à l'eau de gomme. Je nie seulement sa vertu prophylactique.

Comme vous je déplore, Monsieur et très-honoré confrère, cette impuissance de l'art qui ne saurait assurer un adolescent contre les récidives de la syphilis, j'en ai été effrayé comme vous; mais, en prouvant que la blennorrhagie est très-rarement suivie de syphilides, en limitant l'intervalle de temps après lequel les chances de récidive cessent d'être redoutables, en signalant les causes qui peu-

vent déterminer l'apparition de ces syphilides et auxquelles le malade devra soigneusement se soustraire, je crois avoir contribué à diminuer les incertitudes du médecin et les craintes du malade qui ne sera pas forcé de se condamner au célibat ; car il existe un grand nombre d'observations où l'on trouve que des hommes ont été affectés de syphilides après avoir donné le jour à des enfants sains et bien constitués. Si les idées de philosophie médicale que je viens de vous soumettre vous paraissent mériter l'attention du public de la *Revue médicale*, je vous prie de leur donner une place dans ses colonnes, et d'agréer avec bonté l'assurance de ma haute considération.

MARTINS, D.-M.

RÉPONSE. — Nous nous félicitons d'avoir fourni à notre savant collaborateur, M. Martins, l'occasion de développer sa pensée sur le virus syphilitique, d'autant plus qu'à notre tour nous trouvons dans ces développements l'occasion d'appuyer d'un nouvel exemple ce que nous avons dit si souvent de l'influence du *préjugé matérialiste* sur la philosophie médicale de l'école actuelle. Dans la *note* à laquelle répond M. Martins, nous demandions comment, après avoir reconnu un virus syphilitique, ce médecin pouvait apercevoir de l'analogie entre les symptômes consécutifs de la syphilis qui se manifestent vingt-cinq ou trente ans après les symptômes primitifs d'infection, et la récidive plus ou moins éloignée d'une fièvre intermittente ou d'une pneumonie ? M. Martins répond *que le virus syphilitique, supposé latent dans l'économie, n'est pour lui qu'une hypothèse destinée à lier entre eux les phénomènes de la syphilis*, attendu que *rien ne démontre l'existence matérielle de ce virus*. Il suivrait de là qu'on ne devrait admettre comme démontrés que les faits matériels; qu'en conséquence, tous les faits qui n'ont pas une existence matérielle, tels que les faits purement vitaux, par exemple, seraient des hypothèses, et qu'à plus forte raison tous les faits psychologiques, intellectuels et moraux, ne seraient aussi que des hypothèses. On voit déjà que de conséquence en conséquence nous pourrions aller fort loin ; et comme il est évident que nous irions jusqu'à l'absurde, il faut bien en conclure que ces conséquences partent d'un principe faux. Il est faux, en effet, que l'*existence matérielle* soit nécessaire pour constituer un fait, même dans les sciences physiques et naturelles. Tout résultat constant, univoque et authentique de l'observation est pour nous un fait, qu'il ait ou non une existence matérielle. Toute supposition, soit analogique, soit induc-

tive, qui tend à expliquer d'une manière plus ou moins plausible, les résultats de l'observation, est une hypothèse. Toute science se compose de faits et d'hypothèses. Ainsi les sciences psychologiques sont fondées sur des faits moraux et intellectuels, qui, n'ayant pas d'existence matérielle, sont cependant admis comme *faits*, et distingués soigneusement des hypothèses. Les sciences physiques elles-mêmes, qui reposent essentiellement sur des faits matériels, sont quelquefois obligées de recourir à des hypothèses pour *théoriser* les faits d'observation, et ces hypothèses ou théories sont abandonnées et remplacées par d'autres lorsqu'elles ne cadrent plus avec de nouvelles découvertes. C'est ainsi, pour nous servir d'un exemple cité par M. Martins, que la théorie des ondulations fut substituée à la théorie de l'émission lorsque celle-ci ne rendit plus compte de certains phénomènes lumineux. Mais s'il est vrai que les faits peuvent faire changer les hypothèses, il est tout aussi vrai que les hypothèses ne changent rien aux faits, et c'est pourquoi il est si important de ne pas confondre les unes avec les autres.

En appliquant ces principes au sujet qui nous occupe, il faut nécessairement reconnaître, avons-nous dit, comme cause spéciale des syphilides, une disposition particulière de l'organisme à produire des phénomènes pathologiques qui se manifestent dans diverses régions du corps, et sous diverses formes, mais qui ont des caractères communs et sont évidemment de même nature, puisqu'ils viennent tous de la même source et qu'ils cèdent tous à la même médication. C'est là un fait d'observation, bien qu'il n'ait pas par lui-même une existence materielle : ce n'est donc pas une hypothèse. Qu'on donne à cette cause le nom de *virus*, de *vice*, de *diathèse*, ou tout autre dénomination hypothétique, le fait d'une cause interne spéciale de maladie n'en demeure pas moins incontestable : or, ce fait nous paraît suffire à lui tout seul pour décider la question controversée, ou du moins pour la ramener à ses véritables termes.

Nous nous référons, pour tout le reste, à notre précédente note.

(N. R.)

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Recherches sur le traitement et sur l'éducation auriculaire et orale des sourds-muets; compte-rendu à l'Académie des Sciences, par M. le docteur Deleau jeune. Broch. in-8° de 34 pages. Paris, 1837. Imprim. de Delanchy, faub. Montmartre, n° 11.

Le compte-rendu du docteur Deleau comprend trois époques : dans la première, qui s'arrête en 1826, cet habile et patient observateur dirigea ses recherches sur la cause prochaine de la surdi-mu-

tité dite de naissance. Il parvint à démontrer que celle qui entretient la perforation de la membrane du tympan n'était autre chose qu'une véritable fistule, et que, chez beaucoup de sourds-muets, la surdité complète ou cophose ne date que des premières années de leur naissance. Ce fut alors qu'il fit ses premiers essais sur le cathétérisme de la trompe d'Eustachi. Pendant la seconde époque, qui va jusqu'en 1830, M. Deleau se livra à de nouveaux travaux qui ne furent pas moins utiles à la médecine auriculaire. Il substitua les sondes de gomme élastique aux sondes métalliques, pénétra jusqu'à la partie osseuse de la trompe d'Eustachi, et se servit de ces instruments comme agents désobstruants. Il prouva que l'eau et tous les liquides introduits dans la caisse du tambour nuisent à l'audition, et les remplaça par l'air atmosphérique.

Durant les six dernières années qui viennent de s'écouler, M. Deleau s'est spécialement occupé de l'hygiène et des sympathies de l'organe de l'audition. Les résultats auxquels il est parvenu peuvent être ainsi formulés : 1° explorer l'état de l'organe auditif des sourds-muets dès l'âge de trois ans; 2° faire choix d'un traitement chirurgical rationnel ou de l'éducation mimique, selon que l'opéré trouvera l'ouïe, ou sera jugé sourd-muet pour la vie; 3° apprécier, mesurer le degré d'ouïe nécessaire pour apprendre à parler, selon l'état futur de l'ouïe; 4° étudier l'influence sur les facultés intellectuelles de l'absence de la parole et de l'usage représentatif des idées; 5° établir, par le besoin et par une instruction bien ordonnée, les rapports de l'ouïe avec les organes de la parole; faire usage des signes phonographiques; 6° enfin trouver pour chacune des branches d'études qui viennent d'être indiquées des méthodes ou des systèmes d'éducation qui doivent en abréger le cours. L'auteur termine cet intéressant travail en exposant les difficultés qu'il a rencontrées, et la marche qu'il a suivie dans l'éducation de quelques sourds-muets auxquels il a eu le bonheur de rendre l'ouïe. Il se plaît à rappeler, entr'autres, à l'Académie, le jeune Philippe de Tessière, qui à l'âge de six ans parlait comme tous les enfants de son âge. Dupuytren, qui le chérissait, dit-on, et le recevait souvent chez lui, s'était plu à suivre son éducation, et M. Magendie le faisait paraître au collége de France lorsqu'il traitait dans ses leçons de l'exercice de l'audition. Mais, après deux années de soins les plus assidus, cet élève fut amené dans le midi de la France, et M. Deleau l'a perdu de vue depuis ce temps-là.

H. Seguin, D.-M. P.

ERRATA.

Page 242, ligne 25 *au lieu de* plusieurs jours, *lisez* plusieurs heures.

Page 368, ligne 21, *au lieu de* existante, *lisez* excitante.

Page 432, ligne 13, supprimez le mot Turpin.

Ibd., ligne 15, *au lieu de* utrécicules, *lisez* utricules.

TABLES.

1838. TOME I.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

VARIÉTÉS.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES AUTEURS.

